

SOZIALE VERSAGERINNEN

Eine Untersuchung über 46 sozial desintegrierte,
nicht kriminelle Frauen

Lothar Wenzkowski

1973



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Nervenlinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Soziale Versagerinnen

Eine Untersuchung über 46 sozial desintegrierte,
nicht kriminelle Frauen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Lothar Wenzkowski
aus Dessau

München 1973



Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Dietrich

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippus

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 8.5.1973

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG

B. METHODISCHES VORGEHEN

1. Gesichtspunkte bei der Auswahl der Patientinnen
2. Tabellarische Zusammenfassung gewonnener Untersuchungsergebnisse

C. SOZIOLOGISCHE ASPEKTE

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. Soziale Norm | 4. Sozialschicht |
| 2. Status und Rolle | 5. Familienstand |
| 3. Rolle der Frau | 6. Beruf |

D. PSYCHIATRISCHE GESICHTSPUNKTE

(Beschreibung und Diskussion der Fälle)

1. Neurotische Versagerinnen
 - a. Patientinnen mit hysterischer Charakterstruktur
 - b. Frauen mit hysterischer Rentenneurose
 - c. Frauen mit Angsthysterie
 - d. Monomanie und Sucht
2. Psychopathische Versagerinnen
 - a. Psychasthenische Psychopathinnen
 - b. Renten-Querulantinnen
 - c. Haltlose Psychopathinnen

E. DISKUSSION

1. Der Einfluß des sozialen Milieus
2. Orientierungsfamilie und Aufzucht
3. Versagerin und soziale Interaktion
 - a. Versagen in Liebe und Ehe
 - b. Versagen im Beruf
4. Folgen des sozialen Fehlverhaltens der Versagerpersönlichkeit

F. ZUSAMMENFASSUNG

G. LITERATURÜBERSICHT

A. EINLEITUNG

Versager - dieser Begriff hat hinsichtlich seiner Bedeutung in der Psychiatrie noch keinen festen Platz, von ihm geht nicht die klare Vorstellungskraft aus, die z. B. den Begriffen "Alkoholiker" oder "Homosexueller" innewohnen. Bei weiter Auslegung könnte zudem auch der größte Teil des psychiatrischen Krankengutes unter diese Bezeichnung subsumiert werden, denn hinsichtlich irgendeiner Sozial- oder Verhaltensnorm versagt fast jeder psychisch Kranke.

Eine Einengung ergibt sich jedoch aus dem sozialen Aspekt: Gemeint sind jene Individuen, deren fatale soziale Situation ihrer Herkunft geradezu widerspricht und die bereits in der ersten Lebenshälfte durch Auflösung wichtiger Lebensbezüge in gesellschaftliche Isolation geraten. Es muß jedoch gleich weiter eingeschränkt werden: Nicht alle sozial Entgleisten können als Versager gelten, ein großer Teil von ihnen wird in die Gruppe der Verwahrlosten und Soziopathen eingereiht. Übrig bleibt ein Rest, für den weder die Charakteristika der einen noch der anderen Gruppe ausreichend zutreffen. Es sind die "Stillen im Lande" des sozialen Verfalls, bei denen nach und nach sämtliche Lebensbezüge abbröckeln, ohne daß sie durch eine kriminelle Tat oder besonders auffälliges, interesseheischendes Verhalten, höchstens einmal durch einen Suizidversuch, auf ihr Dilemma hinweisen.

Vielleicht mag dies der Grund sein für die bisherige Vernachlässigung dieser Patientengruppe, ein anderer liegt sicher in dem Umstand, daß die ältere Psychiatrie sich nur dann veranlaßt sah, sozial zu reflektieren, wenn ausgesprochen antisoziales Verhalten auftauchte. Die asoziale Lebensweise von Arbeitsverweigerern, Rentenjägern, Gamblern oder Oblomowisten blieb mehr der sozialmedizinischen Begutachtung überlassen. Daraus resultiert wohl auch die geringe Anzahl veröffentlichten Materials über Versager.

Diese Arbeit soll speziell Bedingungen und Auswirkungen des Versagens bei Frauen untersuchen. Während beim Mann beruflicher Abstieg und Verfall der gesellschaftlichen Stellung soziales Versagen offen dokumentieren, vollzieht sich dieser Prozeß, zumindest bei den verheirateten Frauen, gedeckt durch ihre familiäre Stellung und wird erwartungsgemäß zu familiärer Zerrüttung führen.

Gemäß der modernen Psychiatrie, die die Umweltbedingungen eines Menschen immer mehr in den Vordergrund rückt und sie auf krankmachende Faktoren untersucht, ist es naheliegend, bei der Betrachtung von Versagern das Schwergewicht auf soziologische Aspekte zu verlagern. Da jedoch an ähnlichen Umweltbedingungen die einen scheitern, die anderen nicht, wäre es nachlässig, wollte man die Persönlichkeit des versagenden Individuums außer acht lassen. Unter Berücksichtigung der sozialen Umstände wird in dieser Arbeit vor allem auch die Persönlichkeit der gescheiterten Individuen, deren Entwicklung und Struktur beleuchtet, was nur gelingt, wenn an Hand einer ausführlichen Krankengeschichte ein Überblick über den gesamten Lebensweg gewonnen werden kann. Da mit Versagen nur eine Daseinssituation umrissen wird, diesem Zustand also keine diagnostische Relevanz zukommt, wird zu prüfen sein, innerhalb welcher psychischer Erkrankungen sich dieser Prozeß vollzieht.

B. METHODISCHES VORGEHEN

1. Gesichtspunkte bei der Auswahl der Patientinnen

Untersucht wurden 46 Frauen, von denen 10 einer eingehenden Exploration unterzogen werden konnten. Bei den übrigen 36 Patientinnen, von denen der größte Teil mehrmals stationär behandelt wurde, bildeten die Krankengeschichten von sechs Jahrgängen das Untersuchungsmaterial.

Bei einmaligem Klinikaufenthalt wurden wiederum nur jene Frauen ausgewählt, deren Krankenblatt einen annähernd

umfassenden Einblick in den Lebenslauf gewähren konnte. Krankengeschichten, die zwar einen sozialen Verfall demonstrierten, jedoch Anhaltspunkte für Schwachsinn, manisch-depressive Psychosen, Schizophrenien oder organische Psychosen boten, wurden in die Untersuchung nicht mit einbezogen.

Auch konnte nicht wahllos jedes Alter berücksichtigt werden. Ein achtzehnjähriges Mädchen als Versagerin einzustufen, nur weil sie häufig Arbeitsplatz und Partner wechselt, hieße eine unsichere Prognose stellen. Nach dem 25. Lebensjahr jedoch ist bei Frauen anzunehmen, daß sich Lebensbezüge und Persönlichkeit soweit konsolidiert haben, daß im Hinblick auf die weitere Entwicklung Rückschlüsse gezogen werden können. Außerdem kann in diesem Alter ein hebephrener Knick in der Lebenslinie schon weitgehend ausgeschlossen werden. Die oberste Altersgrenze wurde bei 50 Jahren festgesetzt, um eine Wesens- und Verhaltensänderung durch hirnsklerotische und -atrophische Prozesse und ein eventuell dadurch bedingtes Versagen ausschließen zu können.

Die Auswahl der Krankengeschichten erfolgte nach Diagnosen, auf Grund derer ein soziales Fehlverhalten wahrscheinlich sein könnte, ausgenommen Psychosen, Debilität und "Verdacht auf frühkindliche Hirnschädigung".

Folgende Diagnosen kamen in Frage:

Psychopathen und abnorme Persönlichkeiten
Toxikomanien
Suizidversuche
Neurotische Fehlhaltungen
Alkoholismus
Rentengutachten
Leistungsversagen

Aus mit diesen Diagnosen versehenen Krankengeschichten wurden soziale Versager herausgesucht und die gewonnenen Ergebnisse in einer tabellarischen Übersicht zusammengestellt.

2. Tabellarische Zusammenfassung gewonnener Untersuchungsergebnisse

Orientierungsfamilie							
Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Fam.-stand	Beruf	Sozial-schicht	Familien-verhältn.	Kindheit
1	Hysterische Neurose- struktur	34	verh.	Steno- typi- stin	unehel.	broken- home, bei Großmut- ter auf- gewachsen, später vom Stiefvater adoptiert	Gutes Verhält- nis zum Stief- vater
2	Hysteri- sche Neu- rose- struktur	45	4 x ge- sch.	ohne	I Finanz- ober- schicht Hotel- konzern	gestörte Eltern- Koalition	Extreme Verwöh- nung Konkur- renz Vater- Mutter
3	Angst- neurose	28	led.	ohne	II Kunst- maler, freier Grafik- ker	Zerrüttet, Rolle d. Vaters: Bohemien, Mutter: frustr.	Un- freund- lich, Overpro- tection d.Mutter
4	Hysteri- sche Neu- rose- struktur	32	verh.	ohne	II Di- plom- ingen.	Zerrüttet, Feind- schaft d. Eltern	Von Mutter verwöhnt
5	Hyst. Neurose- struktur m. para- noiden Zügen	50	verh.	Ver- käu- ferin	III Bahn- in- spekt.	Harmo- nisch, 3 ältere Geschwi- ster	Schöne Kindheit, "Nest- häkchen"
6	Pho- bisch- anankast. Fehl- haltg.	39	verh.	ohne Haus- frau	III In- spekt.	Gutes Verh. zum Vater, gestörte Eltern- Koalition	Vom Vater bevorzugt, verspätete Einschulg. wegen allg. Schwäche

Integrationsfamilie

Stellung des Ehemannes	Ehe Familie	Arbeitsanamnese	Krankenstand
Tankstellenbesitzer; Rolle: Sklave der Ehefrau	Vernachlässigung von Kindern und Haushalt	Mittelschule, Stenotypistin, häufiger Stellenwechsel, nach Heirat nicht berufstätig	"Rückenverhärtung" Schrei- und Weinkrämpfe
"asiat. Prinz", Offizier, Regisseur, Kapellmeister	Nach Scheidungen Promiskuität mit jg. Männern	Abitur, 4 Sem. Medizin, Theater, Geheimdienst, Sekretärin, selbstständig (Autovers.), Bürohilfe, arbeitslos	Suiziddrohungen, Alkoholkonsum
-	-	Schulausbildg. lückenhaft, bisher keine erwerbsmäßige Tätigkeit	Angstzustände, Lichtscheu, Suizidversuch
Leitender Angestellter	Zerrüttet, außerehel. GV der Frau, Bummelei, Kinder in Internaten	Bisher keine erwerbsmäßige Tätigkeit	Kopfschmerzen, Herzphobie
Rentner	Ehemann versorgt Haushalt	Bis zum 49. Lj. Verkäuferin, kein Stellenwechsel	Schwächegefühl, Kreuzschmerzen, Atemnot, Durchfälle
Zollinspekt. Rolle: Mädchen für alles, führt Haushalt	Noch kein GV mit Ehemann (Ekel)	4 Jahre Oberschule, Haushaltsschule, Abbruch wegen allg. Schwäche, danach unregelmäßig als Aushilfskraft	Frigidität, Platzangst, Syphilophobie, Zoophobie, Waschzwang, versch. Zwangsrituale

Orientierungsfamilie

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Fam.-stand	Beruf	Sozial-schicht	Familien-verhältn.	Kindheit
7	Hysterische Neurose- struktur	41	verh.	Haus- frau	III Metz- germei- ster mit ei- gen. Ge- schäft	Häufiger Streit d. Eltern	Von Mut- ter ver- wöhnt
8	Hysterische Neurose	42	led.	Kran- ken- schwe- ster	unehel.	broken- home, kei- ne Anga- ben über Vater u. Mutter	mit 2 J. ins Kin- derheim, später zu Pflegerel- tern, net- te At- mosphäre
9	Asthe- nisch- psycho- path. Persön- lichkeit	31	led.	Sekre- tärin	II Gymna- sial- lehrer	Häufiger Streit d. Eltern, depressi- ve Reak- tion d. Mutter, Vater: Tyrann, Anankast	Streng, kalt, Vaterfi- gur mit Haß be- setzt
10	Asthe- nische psycho- path. Ent- wicklg.	40	verh.	Sekre- tärin	III mittl. Bahn- beam- ter	Häufiger Streit d. Eltern	Unglück- lich, Vermitt- lerrolle zw. Vater u. Mutter
11	Halt- lose psycho- path. Ent- wicklg.	44	ge- sch.	ohne	II Ober- regie- rungs- rat	Harmo- nisch	Von Mutter verwöhnt, einziges Kind

Integrationsfamilie

Stellung des Ehemannes	Ehe Familie	Arbeitsanamnese	Krankenstand
Selbständiger Bäckermeister, Mann versorgt Geschält, Haushalt und Kinder	1 x gesch., 4 Kinder, zerrütt. Familienleben, streitsüchtig	3 J. Haushaltsschule, dann Ehe, nicht berufstätig gewesen	Atemnot, Würgeanfälle, bes. beim Essen, "versteifte Hände", 7 x Nervenlinik
-	-	Dienstmädchen, Schwesternausbildung, Rot-Kreuz-Schwester, seit 11 J. Arbeitsverweigerung, diverse Rentenanträge	Verkrampfungszustände, hysterische Armlähmungen, Schmerzen überall
-	-	2 J. Gymnasium, Sekretärin, häufiger Stellenwechsel, Arbeitsverweigerung	Abnormes Schwächegefühl, "Druck auf den Augen", krampfartige Zustände in der Brust, 4 x Nervenlinik
Beamter (Oberinspektor)	Frigidität, unharmonische Familienverhältnisse	Lyzeum, kein Abitur, Verwaltungssangest., Sekretärin, Kassierer, häufiges Krankfeiern	Abdominalkrämpfe, Herzbeschwerden, Schwindel, Schlaflosigkeit, 2 x Rentenantrag
Musiker	Häufiger Streit, aussererhelicher GV d. Frau, zog nach Scheidung zur Mutter	Abitur, "ewige" Studentin, Gelegenheitsdolmetscherin, seit 10 J. Arbeitsverweigerung	Kreuzschmerzen, Parästhesien

Orientierungsfamilie

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Fam.-stand	Beruf	Sozial-schicht	Familien-verhältn.	Kindheit
12	Asthenische psychopath. Entwicklung.	37	gesch.	freischaffende Künstlerin	IV Gärtner	Vater: Grobian, Quartals-säufer	Sehr an Mutter fixiert, negatives Vaterin-trojekt
13	Haltlose psychopath. Entwicklung.	39	led.	Selbständige Gesch.-Inhaberin	III Geschäfts-mann	Vater nur im Geschäft, vernachlässigt Familie	Jüngstes von 4 Geschwistern
14	Haltlose psychopath. Entwicklung. Nymphomanie	35	gesch.	Serviererin	II verschuldet. Gutsherr	zerrüttet, Vater: Spieler u. Frauenheld	bis 6. Lj. bei Mutter, dann Heim, ab 12. Lj. bei Mutter
15	Toxikomanie Opiat- u. Alkoholabusus	42	led.	Kinder-ärztl.	I Chef-arzt	zerrüttet, Mutter morphin-süchtig	keine Angaben
16	Toxikomanie Opiat- u. Alkoholabusus	44	led.	Fach-ärztl.	II Versicherges-matiker, Dr.	gestörte Eltern-Koalition, Vater: Anankast	von Mutter verwöhnt

Integrationsfamilie

Stellung des Ehemannes	Ehe Familie	Arbeitsanamnese	Krankenstand
Kleinerer Beamter	Nach 6 J. Ehe "schuldlos" gesch. wohnt mit ihren 2 Kindern bei Mutter	Ausbildg. als Grafikerin u. Porzellanmalerin, zunächst selbständig, fühlt sich aber überlastet. Spätere Angestelltenverhältnisse scheitern an ihrer Schwächlichkeit	Ohnmachtsanfälle, Hitzewallungen, zwei Suizidversuche
-	Lebt bei Mutter, 1 uneheliches Kind	Seit Jahren Leistungsinsuffizienz, Mutter führt Geschäft und Haushalt	Masochistisch, Unruhezustände
Gesch. Mann Musiker	Sohn lebt bei Großmutter	Ungelernte Bürokraft, Serviererin, Saisonarbeit	Ohrensausen, Herzbeschwerden, perverse Sexualität, Suizidversuch
-	-	Häufiger Stellenwechsel, Kündigungen wegen Süchtigkeit, Streit mit Kollegen u. Vorgesetzten	Suizidversuch
-	-	Med.-Studium, Fachausbildung für Orthopädie, Kündigungen wegen Süchtigkeit	Suizidversuch

Orientierungsfamilie

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Fam.-stand	Beruf	Sozial-schicht	Familien-verhältn.	Näheheit
17	Asthenische psychopath. Entwickl.	28	led.	Hausangestellte	IV Hotelportier	broken-home, zerrüttet, Mutter: Prostitution	Waisenhaus, dann bei Vater
18	Asthenische psychopath. Entwickl.	42	gesch.	ohne	III Landwirt	Harmोनisch	keine Angaben
19	Dipsomanie	36	led.	Sehkretärin	II Dipl.-Ing.	gestörte Eltern-Koalition	von Mutter verwöhnt
20	Porio-manie Dipsomanie	49	gesch.	Lehrerin	II Hoher Beamter	gestörte Eltern-Koalition	von Mutter verwöhnt, egoistisch, streitsüchtig
21	Haltlose psychopath. Entwickl.	28	led.	Krankenschwester	II Oberstleutnant	broken-home	bei Großeltern aufgewachsen

Integrationsfamilie

Stellung des Ehemannes	Ehe Familie	Arbeitsanamnese	Krankenstand
-	3 unehel. Kinder von versch. Männern, Kinder in Heimen	Versch. Hilfstätigkeiten, Schwesternausbildung ohne Examen, Abbruch wegen allg. Schwäche	Zitteranfälle, Schwindel, Kopfschmerz
1. Landwirt 2. Landwirt	Lebt mit 3. Mann in wilder Ehe	Realschule, kaufmännische Lehre, nach Heirat nicht mehr berufstätig	Schwindel, Kopf- und Gelenkschmerzen, häufige Erschöpfungszustände
-	-	Abitur, Sprachenstudium, häufiger Stellenwechsel, Kündigungen wegen Alkoholsucht, seit 3 J. keine Arbeit, lebt von Vaters Geld	Liebesenttäuschungen, Alkohol
Mittlerer Beamter	2 Kinder, Haushalt u. Familie extrem vernachlässigt	Abitur, Lehrerin, nach Heirat nicht mehr berufstätig	Eifersuchtswahn, gelegentliche Alkoholexzesse, Abenteurerin
		Haushaltsschule, Schwesternausbildung, unzählige Stellenwechsel, Bummelei	Gliederschwäche, Schlaflosigkeit, Suizidabsichten

Orientierungsfamilie

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Fam.-stand	Beruf	Sozial-schicht	Familien-verhältn.	Kindheit
22	Haltlose psychopath. Entwickl.	33	verh.	Kranken-schwester	II selbständiger Goldschmied u. Juwelier	Vater weich, ließ sich von Frau tyrannisieren	Einziges Kind, fühlte sich von Mutter abgelehnt
23	Haltlose psychopath. Entwickl.	45	verw.	ohne	II Musiker u. selbst. Instrumentenbauer	Ehe der Eltern harmonisch	Einziges Kind, große Zuneigung zum Vater
24	Haltlose psychopath. Entwickl.	35	led.	Ärztin	I TH-Prof.	Mutter zu schwach, sehr religiös	"Schwer erziehbar", Erzieherin, da Mutter nicht mit ihr fertig wurde, in Schule extrem scheu
25	Toxikomanie Porio-manie	35	verh.	ohne	III Kleiner Beamter	gestörte Eltern-Koalition	Einziges Kind, Kontaktschwäche, scheu, ängstl.
26	Toxikomanie	33	led.	Studentin	I Industrieller, Offizier (Mann d. alten Garde)	Vater nett, Mutter kühl, "Geschäftsfrau"	Von Vater verwöhnt

Integrationsfamilie

Stellung des Ehemannes	Ehe Familie	Arbeitsanamnese	Krankenstand
Maurer, "Zuhälter", zwingt seine Frau zur Prostitution	zerrüttet	Häufiger Stellenwechsel, Wanderleben, Prostitution	Parästhesien, Kopfschmerzen, Suizidversuche
Technischer Kaufmann, leitender Angestellter	Mann 23 J. älter ("Vater") 1 Kind, nach Scheidung Abhängigk. von pervert. sadist. Mann	Abitur, Kunststudium mit Examen, nach Heirat nicht mehr berufstätig	Vier Fehl- u. Totgeburten, Masochismus, Suizidversuche
-	Häufig wechselnde Männerbekanntschaften	Sekretärin, Dolmetscherin, mit 26 J. Abitur, Med.-Studium, Approbation, Kündigungen wegen Diff. m. Vorgesetz.	Suizidversuch
Mittlerer Angestellter "solider Bürger"	Wohnen bei Schwiegereltern z. Untermiete, zerrüttet, Frau auf Wandersch.	Nach kaufmänn. Lehre nicht berufstätig gewesen	Opiatabusus
Verlobt mit Tierarzt	Verlöbnis wird von Partner gelöst, weil Pat. zusehends verwehrlos	Abitur, Veterinärstudium, Abbruch nach 6 Sem.	Würgeanfälle, unklare Bauchbeschw., Opiatmißbrauch

Orientierungsfamilie

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Fam.-stand	Beruf	Sozial-schicht	Familien-verhältn.	Kindheit
27	Toxikomanie	44	led.	Ärztin	II Gynäkologe	broken-home, Mutter starb im Wochenbett, von Vater wenig beachtet	Schlechtes Verhältnis z. Stiefmutter, die ihre 4 Söhne vorzog
28	Asthenisches psychopath. Entwickl.	47	led.	ohne	IV Samtweber	gestörte Eltern-Koalition, kinderreiches Haus	"Schwarzes Schaf"
29	Asthenisches psychopath. Entwickl.	43	led.	Hausangestellte	III Landwirt	broken-home	Mit 8 J. Vollwaise, wuchs bei Verwandten auf
30	Asthenisches psychopath. Entwickl.	41	led.	Näherin	V ungelerner Arbeiter	broken-home	Als Kind ängstlich, schwächlich, kontaktgestört
31	Hysterische Neurosestruktur	37	led.	Kranken-schwester	III Angest.	gestörte Eltern-Koalition	Unter 7 Geschwistern "schwarzes Schaf"
32	Asthenisches psychopath. Entwickl.	45	led.	Fernmeldeassistent.	Angaben verweigert	-	-

Integrationsfamilie

Stellung des Ehemannes	Ehe Familie	Arbeitsanamnese	Krankenstand
-	-	Häufige Stellenwechsel, Kündigungen wegen Süchtigkeit, Entzug d. Approbation, kaufmännische Hilfskraft	Mehrere Entziehungskuren
-	Lebt im Haushalt d. Mutter, spielt immer noch "liebes Kind"	Bis 25. Lj. als Bedienung gearbeitet, dann ohne Tätigkeit	Schwindel, trockener Hals, Augenschmerzen, Herzstiche, ewige Schwäche
-	-	Häufiger Stellenwechsel, bekam 1 J. Rente, wurde wieder entzogen, da Erwerbsminderung v. psych. Seite nicht feststellb.	Schmerzen in allen Gelenken, hochgrad. Schwächegefühl, multiple körperl. Empfindungen
-	Zwei uneheliche Kinder	Bürodienst, Gelegenheitsarbeiten, häufiger Stellenwechsel, 2 J. Arbeitsverweigerung	Allgemeine Schwäche, multiple Beschwerden
-	-	Haushaltslehre, Novizin, Krankenschwester, unzuverlässig, arbeitsscheu	Hyperventilationstetanie, allgemeine Schwäche
-	Ein uneheliches Kind, fühlt sich für Ehe zu schwach	Postbeamtin, kein Aufstieg wegen körperlicher Schwächegefühle	In 12 J. 9 x nervenfachärztl. Gutachten wegen Leistungsversagen, buntes Beschwerdebild

Orientierungsfamilie

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Fam.-stand	Beruf	Sozial-schicht	Familien-verhältn.	Kindheit
33	Asthenische psychopath. Entwicklung.	40	led.	Hausan-gest.	III Land-wirt	gestörte Eltern-Koalition	stark verwöhnt, frech, bockig, mit 13 J. Verlust d. Mutter
34	Asthenische psychopath. Entwicklung.	28	led.	Studentin	I Verleger, sehr wohlhab. Mutter Fotografin	broken-home, Vater im Krieg gefallen, Mutter: "Dame von Welt", begann nach Tod des Vaters zu trinken	vornehmlich bei Großmutter aufgewachsen
35	Haltlose psychopath. Entwicklung.	36	led.	Arbeiterin	IV Reisender	zerrüttet, Mutter ging fremd	unerfreulich, hing mehr am Vater
36	Dipso-manie	35	gesch.	Kaufmänn. Angest.	III mittl. Beamter	Vater Alkoholiker, jähzornig, tyrannisch	einziges Kind, hielt immer zur Mutter
37	Toxikomanie (Opiatsucht)	47	led.	ohne	IV Metzger im Schlachthof	zerrüttet, Vater: Grobian und Frauenheld, nach Scheidung d. Mutter erneut unerträgl. Vater	Angst vor Vater, übersteigerter Ehrgeiz in d. Schule als Reaktion auf d. häusl. Verhältnisse

Integrations familie

Stellung des Ehemannes	Ehe Familie	Arbeitsanamnese	Krankenstand
-	-	Haushaltsschule, verschiedene Stellen, wiederholtes Versagen	in Nachpubertät erste Schwächeanfälle, später "Weinanfälle", leidet unter ihrer minderwert. Stellg.
-	-	Abitur, Studium d. Kunst, Archäologie u. a. m. Gammelei	Frigidität, allgemeine Schwäche, Barbituratabusus
-	mehrere Verhältnisse, 2 uneheliche Kinder in Heimen	unstetes Wanderleben als Bedienung und Serviererin	Suizidversuch
-	Heirat mit 19 wegen unwillkommener Gravidität, Scheidung, mehrere Verhältnisse	Mittelschule, kaufmänn. Lehre, Bummelei	Alkoholismus
-	Uneheliches Kind, mehrere Verhältnisse	Versch. Hilfstätigkeiten, an allen Arbeitsplätzen intime Verhältnisse mit Vorgesetzten	drei Suizidversuche

Orientierungsfamilie

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Fam.-stand	Beruf	Sozial-schicht	Familien-verhältn.	Kindheit
38	Dipso- manie	35	verh.	ohne Haus- frau	I Möbel- fabri- kant	gestörte Eltern- Koalition	sehr ver- zogen
39	Astheni- sche psycho- path. Ent- wicklg.	47	ge- sch.	kauf- männ. An- gest.	III selbst. Hand- werks- mei- ster	Vater kühl, autoritär, wenig Kontakt zur Fa- milie	Rolle als Kind: Kranken- pflegerin d. Mutter
40	Dipso- manie	44	ge- sch.	Sprech- stun- den hilfe	Angaben verweigert		
41	Haltlose Psycho- pathie	35	led.	ohne	nichts be- kannt	broken- home	bei Ver- wandten in geord- neten Ver- hältn. aufgewach- sen, seit Pubertät in Mädchen- heimen
42	Astheni- sche psycho- path. Ent- wicklg.	31	verh.	Post- hal- terin	III Land- wirt	gestörte Eltern- Koalition	freudlos, Mutter lieblos, Vater nett, 2 Geschwi- ster

Integrationsfamilie

Stellung des Ehe- Mannes	Ehe- Familie	Arbeitsanamnese	Krankenstand
Polizeimeis- ter	Ablehnung d. weibl. Rolle	Bürotätigkeit im elterl. Be- trieb	Frigidität, Stimmungs-labi- lität
1. Jurastud. 2. Beamter (25 J. äl- ter)	betrachtet d. Ehe als Versorgungs- einrichtg., ist faul, stellt nur Ansprüche, beide Män- ner ließen sich schei- den	seit 8 J. keine Tätigkeit mehr, in dieser Zeit mehrere Renten- anträge	Kopfschmerzen, Augenflimmern, Stiche im ganzen Körper
Schreiner Rolle: Don Juan	nach 5 J. Scheidg., Kind bleibt bei Mutter	Haushaltsschule, Ausbildg. als Sprechstunden- hilfe, darin 12 J. tätig, dann häufiger Stel- lenwechsel und Bummelei	6 x klinische Auf- nahme wegen Alko- holismus, Einwei- sung als Pflege- fall, Entmündi- gungsverfahren läuft
-	unsteter Lebenswan- del, Pro- miskuität, 4 unehel. Kinder, in Heimen un- tergebracht	keine Berufsaus- bildg., Arbeits- verhältnisse nur von kurzer Dau- er, Bummelei u. Poriomanie	subj. Gesundheits- gefühl, wegen aso- zialen Lebenswan- dels Entmündigung beantragt
Kaufmann, baute klei- nes Unter- nehmen auf	Mutter lebt mit im Haus- halt, que- rulierte, häufiger Streit	Maschinenstrik- kerin, war zu anstrengend, jetzt Postthal- terin	Nervenzusammen- brüche, Weinkrämpfe, Frigidität

Orientierungsfamilie

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Fam.-stand	Beruf	Sozial-schicht	Familien-verhältn.	Kindheit
43	Astheni-sche psycho-path. Ent-wicklq.	36	led.	Über-setze-rin	II Dipl.-Ing.	gestörte Eltern-Koalition	schwieriges Kind, "kleiner Teufel", in Schule jedoch scheu
44	Toxiko-manie (Opiat-sucht) Dipso-manie	30	ge-sch.	Se-kre-tärin	III mittl. Beam-ter	angebl. harmonisch	Einzel-kind, verwöhnt
45	Toxiko-manie (Barbi-turat-sucht)	31	led.	An-gest.	I Indu-stri-eller	gestörte Eltern-Koalition Vater: streng	Nesthäk-chen, von Mutter verwöhnt, als Kind boshaft, keine Freundin
46	Toxiko-manie	47	led.	Heb-amme	I Oberst	broken-home, mit 4 J. Tod d. Mutter	2 Schwe-ster, heute bei-de sozial gut ge-stellt

Integrationsfamilie

Stellung des Ehemannes	Ehe Familie	Arbeitsanamnese	Krankenstand
-	-	Abitur, Sprachenschule, unregelmäßige Tätigkeit, Bummelei	seit 7 J. in Behandlung bei Psychotherapeut, allg. Schwächesymptome, viele Beschwerden
1. Angest. 2. Arzt	1. Ehe geschieden, Sohn bei Mutter, 2. Mann Spieler, mehrere Verhältnisse	kaufmännische Lehre, Sekretärin, Sprechstundenhilfe	-
-	lebt bei Eltern, "Angst" vor Männern	mittlere Reife, Aufbau einer eigenen Firma mißlingt, lebt nur vom Geld der Eltern	Suizidversuch
-	-	Krankenschwester, häufig Streit am Arbeitsplatz, mit 46 J. Rentenantrag wegen "körperl. Schwäche"	mit 41 J. Magenresektion, danach Opiat- und Barbituratabusus

C. SOZIOLOGISCHE ASPEKTE

1. Soziale Norm

Versagen impliziert zunächst, daß sich jemand nicht leistungs- oder wettbewerbsgemäß verhält, daß er an einer sozialen Norm scheitert.

Wesentlich für jedes Gesellschaftsgefüge ist die Existenz von gruppenspezifischen Normenprofilen in Abhängigkeit vom Lebensalter. Die Vorstellungen über die Rechte und Pflichten eines Individuums unterliegen in jedem Lebensalter einer sozialen Kontrolle und Definition.

So beschreibt BERGLER (3) 25 - 35 jährige Erwachsene als begeisterungsfähige Menschen mit noch idealistischer Grundkomponente, die verheiratet sind, noch etwas vom Leben haben wollen und noch alle Aufgaben und Probleme leicht nehmen. Das, was sie anpacken, gelingt ihnen mehr oder weniger spontan, sie fühlen sich stark, leben extravertiert, erscheinen salopp und sportlich und sind auf die Pflege ihres Äußeren bedacht. Ihr zentrales Anliegen ist die Suche nach einer festen Existenz und einem befriedigenden Einkommen, um die eigentliche Grundlage des Lebens zu schaffen.

Der typische 35 - 50 Jährige wird in seinem Wesen als überlegen, reif und ausgeglichen gesehen. Er widmet sich bei einer stärker bewußten Lebensweise betont der Familie einerseits, andererseits sehr stark seiner Arbeit. Er steht "mitten im Beruf", hat seine sichere Lebensstellung, trägt Verantwortung, ist strebsam und pflichtbewußt.

Nach diesen Normen lebende Individuen sind sozial angepaßt, sie haben einen Status inne, respektieren den Status anderer, kennen ihre Rolle und zeigen sich in ihrem Rollenverhalten konstant.

Für die Beurteilung sozialer Fehlanpassung ist die Untersuchung soziologischer Bezugsgrößen wie Status, Rolle, Sozialschicht, Beruf und Familienstand unentbehrlich.

2. Status und Rolle

Rein individuelles, persönlichkeitsgebundenes Verhalten findet seine Grenzen in Stellungen und Rollen, dem ganzen soziokulturellen Beiwerk, welches quasi als Bindeglied zwischen Kultur und Persönlichkeit fungiert und soziale Interaktion überhaupt ermöglicht.

Psychologische Grundlage einer jeden Rolle ist nach LINTON (28) der Status, verstanden als die persönliche Stellung innerhalb einer Gruppe, ein Status also, den man einnimmt auf Grund seines Alters, seines Geschlechts, der beruflichen sowie der Familienposition.

Auf diesem Status baut sich die Rolle auf. Bei NEWCOMB (33) ist die Rolle, insoweit sie ein manifestes Verhalten darstellt, "der dynamische Aspekt des Status" und bezieht sich auf das, was ein Individuum tun muß, um sein Recht auf diesen Status zu bestätigen. NEWCOMB (33) sieht die Gesamtheit der Rollen als ein breit angelegtes Bezugssystem zur Selbstwahrnehmung und zur Wahrnehmung anderer, d. h. ein Individuum unter dem Gesichtspunkt seiner bestehenden Einstellungen zu sich selbst und zu anderen verstehen.

Die soziale Rolle ist "die strukturierte Gesamtheit aller Erwartungen, die sich auf die Aufgabe, das Benehmen, die Gesinnung, Werte und wechselseitige Beziehung einer Person richten, die eine spezifische Gruppenposition innehat und in der Gruppe eine bestimmte Funktion erfüllen muß" (HARTLEY (20)).

3. Die Rolle der Frau

Nach dem I. Weltkrieg, vor allem mit Beginn der Zwanziger Jahre, machte sich die Tendenz bemerkbar, daß Frauen mehr und mehr in bisher traditionell männliche Rollen drängten, am Berufsleben oder gar an Öffentlichkeitsarbeit teilnahmen. Besonders aber die Zeit des starken wirtschaftlichen Aufschwungs nach dem II. Weltkrieg brachte ein breites Nivellement zwischen bisher männlichen und weiblichen Rollen. Durch die Kriegsniederlage, in der MITSCHERLICH (31) einen "Verlust an Autorität der Väter" sah, durch die Umstrukturierung der Produktionsprozesse, die zunehmende Automatisierung kam es zu einer "sozialen Entwurzelung des Mannes", wie SCHELISKY (42) es ausdrückt, "der sich die Frau deshalb mehr entziehen konnte, weil sie äußerlich oder innerlich immer irgendwie in die Verwurzelung innerhalb der Familie zurückstrebte."

So sind auch heute die Rollen der Frau hauptsächlich familiäre und erzieherische, die totale Emanzipation ist ausgeblieben. In ihrem Dasein als Ehefrau und Mutter geht die Frau völlig auf; sofern sie noch eine berufliche Rolle übernommen hat, dient dies in der Regel nur als Unterstützung beim Geldverdienen. Berufstätigkeit und Familienpflichten können sich aber derart überschneiden, daß ein Rollenkonflikt entsteht oder sogar Verlust der Rollenvertrautheit daraus resultiert. Im Normalfall wird die Frau ihre berufliche Rolle ablegen und sich wieder mehr der Familie widmen. Hier spielt sie eine expressiv-gemüthafte Rolle, wie LIDZ (26) es nennt, wofür die Frau besondere Eigenschaften, wie Interesse an zwischenmenschlichen Beziehungen und emotionelle Harmonie, mitbringen muß. Wenn von einer verheirateten Frau und Mutter diese Rolle nicht übernommen werden kann, versagt sie. Ledige, berufstätige Frauen stehen mehr dem männlichen Rollenverhalten nahe, ihr Versagen offenbart sich in beruflichem Abstieg.

Extremen Verlust der Rollenvertrautheit finden wir vor allem bei Frauen mit hysterischer Neurose und bei Trinkerrinnen, letztere versuchen sogar, männliche Rollen zu übernehmen. Bei Psychasthenikerinnen und Rentenneur-tikerinnen wird über die Frauenrolle die Krankenrolle ge-stellt.

4. Sozialschicht

Die einfache Dreiteilung Ober-, Mittel- und Unterschicht erscheint problematisch, wenn es gilt, speziell für die Mittelschicht eine Zuordnung zu treffen. In unserer komplizierten Sozialstruktur, die heute weitgehend der amerikanischen entspricht, ist die Mittelschicht zahlenmäßig sehr stark und außerordentlich differenziert; bezüglich Stellung und Sozialprestige ihrer Mitglieder sind die Unterschiede zum Teil so beträchtlich, daß es unumgänglich wird, eine andere Einteilung zu wählen.

Um den soziologischen Gegebenheiten annähernd gerecht zu werden, verwenden amerikanische Psychiater für die Beurteilung sozialer Zugehörigkeit ein Fünf-Schichten-Modell, das nach sozialer Position, Bildungsgrad und Vermögensverhältnissen aufgeschlüsselt ist und eine genauere Bestimmung des sozialen Status erlaubt.

Nach diesem Modell gelang die Zuordnung von 40 untersuchten Patientinnen ohne größere Schwierigkeiten.

- I. Schicht (Finanzaristokratie, Spitzenpositionen in Kultur und Erziehung, sonstige Stellungen mit höchstem Sozialprestige)

Dieser Schicht entstammten acht Patientinnen. Vier kamen aus Industriellen- und Unternehmerfamilien. Die Väter der anderen Kranken waren: Hoher Offizier, TH-Professor, Verleger, Gutsbesitzer.

- II. Schicht (Akademiker und andere Hochschulabsolventen, Beamte in höheren Laufbahnen, wohlhabende Selbständige, insgesamt solche, die in der Regel auf Grund eines Hochschulstudiums

oder einer entsprechenden Ausbildung führende Positionen innehaben)

Aus dieser Schicht kamen dreizehn Frauen. Unter den Vätern fanden sich Beamte mit akademischen Graden, Ärzte, wohlhabende Geschäftsleute, Diplomingenieure, Künstler, Lehrer.

III. Schicht (Landwirte, Hauptteil der kleinen Geschäftsleute und Ladeninhaber, die sog. white-collars und Facharbeiter)

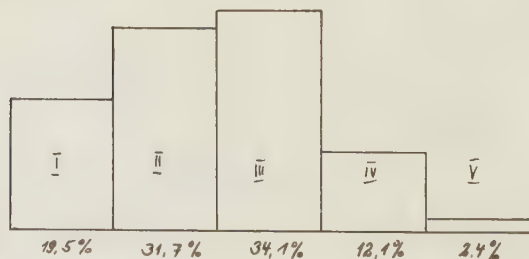
Mit vierzehn Frauen ist diese Schicht am stärksten vertreten.

IV. Schicht (Angelernte oder andere Arbeiter, die in Bildung und Ausbildung deutlich unter der III. Schicht stehen)

Aus dieser Schicht stammten nur fünf Patientinnen.

V. Schicht (Ungelernte und sonstige Arbeiter bis zur untersten Bildungsstufe, die in schlechten sozialen Verhältnissen leben)

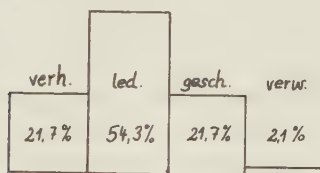
Hier konnte nur eine Patientin eingereicht werden.



Bei den restlichen Frauen, die zum überwiegenden Teil unehelich geboren wurden, konnte über die soziale Herkunft

und über die Frage, ob in der Intergenerationsmobilität ein Abstieg zu verzeichnen ist, nicht befunden werden, denn der soziale Ausgangspunkt, der bei der Beurteilung von Versagen entscheidend ist, war unbekannt. In diesen Fällen erfolgte die Beurteilung der Schichtzugehörigkeit nach dem Beruf und bei verheirateten Frauen auch nach der Stellung des Mannes.

5. Familienstand



Ledigsein scheint einen gewissen Risikofaktor für Versagen in sich zu bergen, was auch BOCHNIK (6) fand. Umgekehrt kann daraus die Annahme abgeleitet werden, daß der größte Teil der Versagerinnen für die Ehe nicht taugt. Viele von ihnen geben an, daß ihnen Mann und Kinder sehr fehlen, andererseits lehnen sie aber Eheanträge mit der Begründung ab, sich für eine Ehe zu schwach zu fühlen.

Bei den verheirateten Frauen, von denen die Hälfte bereits ein oder mehrere Male geschieden war, kann von einer normalen Ehe nicht die Rede sein, das Familienleben ist zerrüttet. Ein Teil der Frauen verweigert die ehelichen Beziehungen wegen Angst oder Ekel beim Geschlechtsverkehr und vernachlässigt überdies grob die hausfraulichen Pflichten und die Erziehung der Kinder. In anderen Ehen sehen wir zwischen Mann und Frau im häuslichen Bereich regelrechten Rollentausch: Während die Frau vom Bett aus ihre Kommandos erteilt, ist der Ehegatte nach Feierabend Mädchen für alles und versorgt Haushalt und Kinder.

Der relativ hohe Anteil geschiedener Frauen (die meisten mehrmals geschieden, in einem Falle fünfmal), weist erneut darauf hin, daß Versagerinnen zu einer dauerhaften Partnerschaft und zum Führen eines geordneten Familienlebens nicht fähig sind.

c. Beruf

In fast allen Arbeitsanamnesen imponiert ein überaus häufiger Stellenwechsel, in der Berufslaufbahn fehlt jegliche Konstanz. Anders als beim Soziopathen, der in der Regel sozial höherstehende Berufe nicht erreicht, finden wir bei Versagern berufliche Positionen mit hohem Sozialprestige, die aber nur für relativ kurze Zeit beibehalten werden. Teils erfolgt dann wegen mangelnder Integration am Arbeitsplatz, wegen Pflichtvernachlässigung, Unzuverlässigkeit oder überaus häufigem Krankfeiern die Kündigung, teils kündigen die Patientinnen selbst, weil sie sich überfordert, zurückgesetzt oder benachteiligt fühlen. Kündigung - häufiger Stellenwechsel - Arbeitsverweigerung - Rentenantrag kennzeichnen ungefähr die Reihenfolge des sozialen Abstiegs.

Bei etlichen Patientinnen sieht man aber auch schon in jüngeren Jahren eine mangelnde Konstanz und das Fehlen jeglicher Zielvorstellungen. Nach dem Abitur versuchen sie sich auf der Universität in allen möglichen Fächern, studieren auf diese Weise acht bis zehn Jahre, ohne zu einem erfolgreichen Abschluß zu kommen.

Was für die berufstätigen Frauen gilt, finden wir auch bei den Hausfrauen: Ihnen wächst die Arbeit über den Kopf, obwohl es sich um relativ kleine Haushalte handelt.

Ledige Frauen erreichten ein höheres Berufsniveau; Heil- und Pflegeberufe waren bei ihnen auffallend häufig vertreten.

D. PSYCHIATRISCHE GESICHTSPUNKTE

1. Neurotische Versagerinnen

In der älteren Psychiatrie beruhte die Unterscheidung zwischen Psychopathie und Neurose vor allem auf der Schwere der sozialen Fehlanpassung. Aber schon BIRNBAUM (5) wies in seiner soziologischen Betrachtung der Neurosen darauf hin, daß die übermäßige Hinwendung des Neurotikers zum eigenen Ich, insbesondere zur eigenen Krankheit, eine Abschwächung der sozialen Gefühlsbeziehungen zur Umwelt, somit die Einbuße an sozialer Kontaktfähigkeit mit sich bringt. Der egozentrischen Einengung folgt die soziale Abwendung, die innerliche Distanzierung von der Gesellschaft und der ihr eigenen Gemeinschaftsform, die Einschränkung der Interessen und der Lebensbeziehungen auf das eigene Ich und seine vielfach noch neurotisch eingengten oder veränderten Bedürfnisse. Daraus erwächst die Loslösung von verpflichtenden Gemeinschaftsbindungen, von Pflichten und Verantwortlichkeit, vielleicht sogar von Sitte und Konvention, bis hin zur völligen Entwurzelung und autistischer Abkapselung.

Den Abstand zur sozialen Norm faßt BIRNBAUM (5) in verschiedene neurotische Lebensformen: Arbeitsverweigerer, Bettler und Rentenjäger erbringen in ihrer "parasitären Existenzform" keine eigenen sozialen Wertleistungen, verzichten auf selbständige Deckung des Lebensbedarfs und leben fast ausschließlich von fremder Hilfe. In der "neurotischen Treibhausform" schaffen sich chronische Sanatoriumspatienten, arztsüchtige Nervöse und Krankenhausbummler ein Dasein, das sie weitgehend vor den Anforderungen der Umwelt schützt, in der "sozial beziehungslosen bzw. beziehungsarmen Lebensform" findet sich eine Lockerung der Verbindungen zur Gemeinschaft, die familiäre und gesellschaftliche Entwurzelung.

Unter den Neurotikerinnen neigen vor allem hysterische Frauen zum Versagen. Patientinnen mit Hypochondrie, depressiven, Organ- und Zwangsneurosen zeigten sich sozial besser angepaßt.

a. Frauen mit hysterischer Charakterstruktur

Bei diesen Patientinnen gewinnt man den Eindruck, daß ihr ganzes Dasein auf das Erleben des Augenblicks ausgerichtet ist, Vergangenheit und Zukunft sind nicht relevant. Ihre Lebensführung ist planlos, sie sind ständig auf der Suche nach Neuem, sei es einer neuen Tätigkeit oder eines neuen Partners, sie wirken un-
stet und haltlos, es fehlt der gerade Lebensweg. In extremem Kontakthunger verschlingen sie ihre Mitmenschen, ohne daß sie in der Lage wären, eine echte, gefühlsmäßige Bindung einzugehen. Auf Grund eines starken Geltungsbedürfnisses sind sie um Anerkennung und Bewunderung bemüht. Vermittels der Fähigkeiten zur Selbstdarstellung, zu Demonstration und Rollenspiel gelingt es ihnen, sich immer wieder zum Mittelpunkt zu machen.

Intellektuell handelt es sich um einfach strukturierte Persönlichkeiten, die kaum fähig sind, über ihre eigene Konfliktproblematik zu reflektieren. Mit beneidenswerter Leichtigkeit gelingen ihnen Verdrängung und Verleugnung der für sie unangenehmen Dinge. So wenig sie ihre eigenen Konflikte wahrhaben wollen, so wenig vermögen sie sich auch auf ihre Mitmenschen einzustellen. Denen wiederum fällt es schwer, Egozentrizität und emotionale Labilität über längere Zeit zu ertragen. Genau hier beginnt sich die hysterische Persönlichkeit an kulturellen und sozialen Verhaltensnormen aufzureiben; sie muß negative Erfahrungen in ihr Leben einbauen, Ablehnung und Zurücksetzung, was aber mit verstärkter Darstellung, Demonstration und forciertem Rollenspiel wieder auszugleichen versucht wird. Die Frustrationstoleranz läßt nach, somatische Beschwerden stellen sich ein und der Weg in die soziale Isolation ist gebahnt, an dessen Ende nach Phasen wechselhafter Anpassung der hartnäckige Rentenkampf steht.

Häufig versuchen hysterische Frauen mit einem demonstrativen Suizidversuch verlorenes Terrain in der Umwelt zurückzuerobern. Er wird inszeniert als dramatischer Akt, der exhi-

bistionistische Motive und narzistische Liebe enthält. Mitunter drohen sie auch nur, sich umzubringen. Da auf Grund des Mangels an echten zwischenmenschlichen Beziehungen auch wenig Gelegenheit zur Aggressionsbefriedigung gegeben ist, steht hinter dem demonstrativen Suizidversuch oder der Selbstmorddrohung aufgestaute Aggression. Auch ein Bestrafungswunsch gegenüber der Umwelt ist unverkennbar. Die bei Versagern gehäufte Tendenz zu Suizid findet somit zumindest für die hysterischen Persönlichkeiten eine Erklärung.

Die zentrale Problematik der hysterischen Persönlichkeit ist deren Sexualität. Hysterische Frauen sind neben schlechten Müttern vor allem schlechte Ehefrauen. Von den in dieser Untersuchung erfaßten hysterischen Versagerinnen sind zwei verheiratet, zwei mehrmals geschieden und zwei ledig. Die beiden verheirateten Patientinnen leben in dörflichem Milieu und haben aus Gründen der existenziellen Sicherung geheiratet. Beide ziehen sich vor der Forderung ihrer Männer nach geschlechtlichen Beziehungen mit phantastischen Krankheiten ins Bett zurück. Als Kranke können sie weder sexuell attackiert, noch aus dem Hause gewiesen werden, schon gar nicht in dem Sozialgefüge eines Dorfes. Eine der geschiedenen Frauen verstand es immer wieder, die Aufmerksamkeit der Männer auf sich zu ziehen; was sie durch sexuelle Provokation zu versprechen schien, hielt sie jedoch keineswegs. Wenn es dann zu einer Verbindung gekommen war, zeigte sie sich in ihrem Sexualverhalten kühl und abweisend. Eine der ledigen Frauen konnte sich wegen ihrer Krankheiten keinem Mann zuwenden, die andere, ebenfalls ledige Frau tut das Thema Sexualität mit den Worten ab: "Einmal im Leben liebte ich einen Oberförster".

Fall 7, Hausfrau, verheiratet, 41 Jahre

Die Patientin kommt zum siebten Male zur stationären Aufnahme. Sie klagt über Atemnot, Stickanfälle, Schluckbeschwerden, steife Hände, taubes Gefühl in Armen und Beinen, Angstzustände und Herzstiche. Sie könne sich wegen ihrer Leiden praktisch nicht aus dem Bett begeben, Hausarbeit könne

sie wegen der Gefühllosigkeit ihrer Hände schon gar nicht verrichten. Die Geduld des Ehemannes, der anfangs von der Krankheit seiner Frau überzeugt war, ist langsam am Ende. Bäckermeister von Beruf, mit eigenem Geschäft, muß er selbiges und außerdem noch den Haushalt versorgen. Mittlerweile gelangte er zu der Ansicht, daß seine Frau nicht eigentlich krank sei, sondern ihn nur tyrannisieren wolle. Obwohl er sich die größte Mühe gäbe, zetere und nörgelte sie ständig an ihm herum und gäbe nur noch vom Bett aus ihre Kommandos. Wenn ihm einmal die Geduld reiße und er seinem Unmut Luft mache, richte sie sich nur im Bett auf und stöhne über ihr Herz oder ihren schmerzenden Rücken. Außerdem verweigere seine Frau schon seit Jahren eheliche Beziehungen. Sei jedoch Besuch im Hause, würde sie zwar auch von ihren Krankheiten reden, sei aber ansonsten eine aufgeräumte, muntere Gastgeberin, die für aller Unterhaltung Sorge. Dies bestärke ihn nur noch mehr in der Ansicht, daß das ganze Verhalten seiner Frau nur gegen ihn gerichtet sei.

Die Patientin stammt aus einfachen, soliden Verhältnissen. Der Vater betrieb eine Schlächtereier und gelangte in der Nachkriegszeit zu relativem Wohlstand. Sie wurde als Kind von der Mutter verwöhnt, "obwohl ich ja meinen Vater viel lieber mochte". Nach üblicher Schulausbildung und dreijähriger Haushaltsschule kurze Zeit im elterlichen Geschäft tätig. Mit 22 Jahren heiratete sie ziemlich plötzlich einen US-Offizier und geht in die USA. Schon bald nach der Heirat zeigte sich der Ehemann sehr enttäuscht über die sexuelle Kühle seiner Frau. Nachdem sie ein Kind hatte, lehnte sie jeden Verkehr ab; als er dann fremd ging, kehrte sie enttäuscht und erbost zu ihren Eltern zurück. Nach einigen Jahren heiratete sie hier einen 10 Jahre älteren Bäckermeister.

Im testpsychologischen Befund offenbart sich die infantile Persönlichkeitsstruktur der Patientin. In passiv narzißtischer Einstellung läßt sie sich leiten von unrealistischen Wunschvorstellungen und Tagträumereien. Ihr fehlt jede Fähigkeit zur kritischen Selbsteinschätzung. Für sie gibt es keine Konfliktproblematik, sie fühlt sich echt krank und beklagt sich über den Umstand, schon wieder in eine Nervenklinik eingewiesen worden zu sein, obwohl sie doch mit ihren Krankheiten

in einer internen Abteilung liegen müsse. Auch in sexueller Hinsicht gibt es für sie keine Probleme: "...ich will nichts von meinem Mann, er will nichts von mir, man braucht doch das nicht unbedingt".

An einem weiteren Beispiel soll gezeigt werden, wie die hysterische Struktur in ihrer "planlosen Aktivität" (SCHULTZ-HENKE(44)) alle Lebensnormen über den Haufen werfen und zu sozialem Versagen führen kann.

Fall 2, ohne Beruf, geschieden, 45 Jahre

Als Einzelkind eines wohlhabenden Hotelunternehmers, der einen internationalen Hotelkonzern betrieb, wuchs die Patientin in der Sphäre des Großkapitals auf. In der Verwöhnung ihrer Tochter suchten sich Vater und Mutter zu übertreffen: "Mir wurde immer jeder Wunsch von den Augen abgelesen". Durch die vielen Verpflichtungen der Eltern habe sie sich als Kind aber immer sehr einsam gefühlt. Lediglich zum Vater habe sie ein etwas wärmeres Verhältnis gehabt. Sie sei ein sehr "schwieriges Kind" gewesen, in der Schule frech und widerspitzig, unter Spielkameradinnen immer dominiierend. Bei kleinsten Streitereien schlug sie in jugendhafter Manier gleich um sich, worauf sie bald keine Freundin mehr hatte. Als es mit ihr zu schwierig wurde, kamen Privatlehrer ins Haus. Später wurde sie in verschiedenen exklusiven Internaten untergebracht.

Zu dieser Zeit beginnt sich ihre hysterische Struktur zu entfalten. Zunächst hält sie sich für musikalisch und will Sängerin werden. Nachdem sie festgestellt hatte, daß ihre Stimme für eine Karriere wohl nicht ausreicht, wählt sie ein Schauspielstudium bei sich zu entdecken. Der Unterricht verlangte jedoch Altsänger. Nach einer kurzen Episode in Mäleres studiert sie nach dem Abitur, das wieder abwarten nach mehreren Anläufen doch geschafft wurde, zunächst vier Semester Medizin.

Während dieser Zeit schließt sie viele Männerbekanntschaften, die nur oberflächlich bleiben. Mit einem aristokratischen Prinzen jedoch verlobt sie sich. Dieser wendet sich bald wieder von ihr ab, nachdem sie in sexueller Hinsicht nicht das hielt, was sie ihm vorggaukelt hatte. Danach geht sie in die Türkei, weil sie von allem Orientalischen püßlicher so angetan war und findet auch eine Patrone bei einem Konsulat in Ankara. Als sehr später finden wir sie als Managerin einer Theatergruppe durch Deutschland ziehen. Danach verlobt sie sich mit einem jungen General, erst und heiratet gegen Wille beide einen hochadelichen Offizier ("das war ein alter Mann"). Die Ehe dauert ein halbes Jahr, worauf sie diesmal zum amerikanischen Generalcast geht. Mit 32 Jahren heiratet

sie einen Tanzkapellmeister, der sich nach einem Ehejahr wieder von ihr scheiden läßt.

Nach einer Liaison mit einem älteren Beamten, der in vieler Hinsicht ihrem Vater sehr ähnlich gewesen sein soll, baut sie mit Hilfe von Vaters Geld eine Autoversicherung auf ("Das war die Zeit, wo ich endlich mal solide werden wollte"). Das Unternehmen jedoch war so schlecht geplant, daß sie nach einem knappen Jahr vor dem Ruin stand und obendrein noch eine Menge Schulden hatte, die jedoch zum größten Teil vom Vater getilgt werden konnten. Danach stürzt sich die Patientin wieder in ein Liebesabenteuer. Das Verhältnis mit einem jüngeren Bankangestellten, der es vornehmlich auf ihr Geld abgesehen hatte, geht jedoch bald wieder in die Brüche.

Obwohl mit vierzig Jahren noch immer recht attraktiv, fällt es ihr zunehmend schwerer, männliche Bewunderer zu finden, nur noch mit sehr viel jüngeren Männern gelingt Kontaktaufnahme. Einer Tätigkeit ging sie in den letzten Jahren nicht mehr nach, ihre Hauptbeschäftigung liegt darin, durch kosmetische Tricks ihr Alter zu vertuschen. Mehr und mehr fühlt sie sich vereinsamt und beginnt den Alkohol als Trostmittel zu entdecken. Um noch einmal auf sich aufmerksam zu machen, nahm sie eine kleine Dosis Schlaftabletten und schickte an alle Bekannten und Boulevardblätter die Nachricht ihres Ablebens.

Die Patientin ist der Typ des Playgirls, kennt Gott und die Welt und führt ein Illustriertendasein. Stets läßt sie sich von neuen Möglichkeiten und augenblicklichen Einfällen leiten, sozial nützliche Tätigkeiten hat sie nicht vollbracht. Aus ihrer Ich-Schwäche sowie der mangelhaften Ausbildung eines moralischen, vor allem eines sozial-bezogenen Über-Ichs resultieren die "sieben hysterischen Hauptsünden": Egozentrizität, Demonstration, emotionale Labilität, Abhängigkeit, sexuelle Provokation, Furcht vor der Sexualität und Suggestibilität.

Nosologisch betrachtet liegt die Patientin in ihrer ganzen Charakteristik in unmittelbarer Nähe der Soziopathie, es fehlt aber das entscheidende Merkmal der Delinquenz. Dies mag am sozialen Milieu liegen, innerhalb dessen die Patientin agierte, sie brauchte nur zu nehmen, finanzielle Schwierigkeiten kannte sie nie, sodaß sie ihren augenblicklichen Lüsten jederzeit nachkommen konnte. Obwohl ihr viele der von CLECKLEY (9) beschriebenen soziopathischen Wesenszüge anhaften, weisen aber zwei auf eine hysterische Neurose-

struktur hin: Ihre Frigidität und das Fehlen von ungehemmter Aggressivität. Trotz ihrer hypomanischen Grundstimmung und ihrer ständigen Aktivität sind auch Zeichen einer latenten Introversion zu konstatieren.

b. Frauen mit hysterischer Rentenneurose

Betrachten wir die Palette neurotischer Störungen, so erscheinen Patientinnen mit hysterischer Neurosestruktur wohl am ehesten prädisponiert, aus ihrer Dissonanz mit sich und der Umwelt Kapital schlagen zu wollen.

Zwar konsultieren Hypochonder wegen mannigfaltiger Beschwerden häufig den Arzt, eine stark anankastische Note ihrer Persönlichkeit, das Vorhandensein eines intakten "sozialen Gewissens" jedoch verhindert, daß sie aus ihrem Leiden einen Versorgungsanspruch ableiten. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden auch die Krankengeschichten einiger Patientinnen mit hypochondrischer Neurose durchgesehen, wobei bald deutlich wurde, daß sie zu der Thematik dieser Arbeit nicht paßten; trotz ihrer Krankheitsbefürchtungen mit echtem Leidensdruck gab es keine Anhaltspunkte für Versagen, alle waren sozial voll integriert.

Von FREUD (18) wissen wir, daß die hysterische Symptombildung aus Versagung und Verdrängung sexueller Impulse resultiert; die Flucht in die Krankheit vermittelt der Symptome bezweckt neben einer unterbewußten Triebbefriedigung - dem primären Krankheitsgewinn - verstärkte Aufmerksamkeit seitens der Umgebung, mehr mitmenschliche Zuwendung oder Freistellung von lästigen Verpflichtungen. Insofern ist dieser sekundäre Krankheitsgewinn sozial äußerst relevant, auf ihn gründen sich die Versorgungsansprüche.

Neben diesen sozio-kulturellen Faktoren müssen auch noch persönlichkeitsbezogene in Rechnung gestellt werden. So macht LEONHARD (27) für den Umstand, daß Hysteriker über Jahre hinweg mit äußerster Hartnäckigkeit um ihre Rente kämpfen, eine paranoide Komponente innerhalb der Persönlichkeitsstruktur verantwortlich.

Fall 31, Krankenschwester, ledig, 37 Jahre

Die Patientin stammt aus einfachen, stabilen Verhältnissen, Vater mittlerer Beamter, ihre sieben Geschwister sind sozial unauffällig. Sie selbst war Nesthäkchen und Vaters erklärter Liebling. Nach üblicher Schulausbildung und mittlerer Reife beginnt sie nicht wie ihre Geschwister mit einer Berufsausbildung. Sie bleibt im elterlichen Haushalt, da der Vater verstorben und die Mutter krank war.

An den Freuden der Jugend habe sie nicht teilhaben können, sie ging nie zum Tanzen und habe keinen Freund gehabt, da sie sich um den Haushalt kümmern mußte. Mit 22 Jahren geht sie als Hausgehilfin in die Schweiz, danach auf Grund ihrer schon immer recht frommen Einstellung als Novizin in ein Ordenskrankenhaus nach Island. Die harten Lebensbedingungen jedoch sagten ihr nicht zu, sodaß man sie ins Mutterhaus nach Kopenhagen versetzte. Mit 28 Jahren erhält sie eine Anstellung an einem deutschen missionsärztlichen Institut, wo sie auch das Schwesternexamen ablegt. Nach einem Jahr Stationsarbeit möchte sie als Missionsschwester nach Indien oder Afrika gehen. Man habe sie aber nicht zugelassen, da sie nicht tropentauglich sei.

Darauf ruht sie sich erst bei ihrer Mutter aus und unternimmt einige Arbeitsversuche als Krankenschwester, die sie nach einigen Monaten jedoch wieder aufgibt. Sie feierte unendlich viel krank und benötigte nach drei Wochen Arbeit zwei Wochen Erholung. Ihre Leiden demonstrierte sie vor allem während der Arbeitszeit, "Krampfanfälle in den Händen", steifer Rücken, Parästhesien, Herzrasen, Ohnmachten. Im letzten Kündigungsschreiben, das die Patientin erhalten hatte, wird unter anderem ausgeführt: "...konnte die an sie gestellten Ansprüche nicht mehr bewältigen, wirkte unsicher und war unzuverlässig."

Die Patientin ist überzeugt, daß die ganzen Schwierigkeiten nur Folge ihrer Krankheit sind, weshalb sie einen Rentenanspruch stellte.

Die Patientin ist erfüllt von einer starken Vorwurfshaltung gegenüber der Umwelt, die sie für ihre Krankheiten und beruflichen Mißerfolge verantwortlich macht. Schon die Freuden der Jugend wurden ihr verwehrt, in Wirklichkeit verdrängte sie auch damals schon alles Sexuelle und sublimierte in Frömmelei. Ihre mangelnde Genußfähigkeit am Leben baut sie zu einer Verzichtsideologie aus, die sich auf sämtliche Lebensbereiche erstreckt und mit der Überzeugung einhergeht, die Umwelt müsse eine solche Haltung auch entsprechend anerkennen und honorieren. Auch das Fehlen oder Scheitern echter zwischenmenschlicher Beziehungen wird zur Untermauerung der Verzichtsideologie herangezogen.

Der mangelnde Realitätsbezug, ihr Rollenspiel als verkannte Idealistin, drückt sich vor allem in ihren beruflichen Bestrebungen aus, wobei es ihr nicht genügt, als einfache Krankenschwester zu arbeiten. Vielmehr muß Indien oder Afrika ihre Wirkungsstätte sein, um dort durch die Pflege von Schwer- oder Unheilbarkranken zu wahrer Befriedigung gelangen zu können. Die Entäußerungen der hysterischen Struktur sind einer Integration am Arbeitsplatz sehr hinderlich; unecht wirkende Gefühlsäußerungen, häufige Verstimmungszustände, theatralisches Gebaren, geheuchelter Idealismus und nicht zuletzt die Symptome stempeln sie zu einer Person, "mit der man besser nichts zu tun hat". Dementsprechend ist ihre Arbeitsanamnese bunt, Kündigen und Gekündigtwerden lösen einander ab. Die Patientin ist so stark auf ihre Krankheiten fixiert, daß sie glaubt, alle Schwierigkeiten darauf zurückführen zu können und sieht nur noch im Rentenantrag eine Möglichkeit, diesen zu entgehen.

c. Frauen mit Angsthysterie

Fall 3, ohne Beruf, ledig, 28 Jahre

Seit acht Jahren befindet sich die Patientin in nervenfachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung, die zum Ziel hat, ihr endlich den Start ins Leben zu ermöglichen. Mit knapp 30 Jahren ist sie zu Hause immer noch "Kind", hat bisher weder einen Beruf erlernt noch eine erwerbsmäßige Tätigkeit ausgeübt. Sie ist menschen- und lichtscheu, menschlicher Kontakt besteht nur mit Mutter und Schwester. Sie symbolisiert ihre Weltflucht, indem sie den Tag im halbverdunkelten Zimmer verbringt und mit Watte in den Ohren schönggeistige Literatur genießt.

Die Familienverhältnisse der Patientin sind einigermaßen zerrüttet. Der Vater ist Kunstmaler und entstammt einer alten, angesehenen Künstlerfamilie. Mittlerweile etwas heruntergekommen, verdient er sein Geld als freier Graphiker. Stets liebte er Alkohol und ausschweifende Feste, sodaß die Familie mitunter in finanzielle Not geriet. Die Mutter der Patientin entschuldigt die Lebensweise ihres Mannes als die Marotten eines Künstlers, "der nun

mal nach seinen eigenen Gesetzen leben müsse". Sie selbst, aus einer Beamtenfamilie stammend, deren Lebensvorstellung "gut bürgerlich" sich neben einem solchen Mann nicht verwirklichen ließ, versucht nach außen hin eine intakte Ehe zu demonstrieren, hat sich innerlich aber schon lange von ihrem Mann gelöst.

Dafür ließ sie ihre ganze Liebe ihren beiden Töchtern angedeihen, die sie ständig um sich haben wollte und die, so gut es ging, verwöhnt wurden. Sie ließ die Mädchen keinen Augenblick aus den Augen, sie brachte sie früh zur Schule und holte sie mittags wieder ab. Dies auch noch, als die beiden schon etwas älter waren, wodurch die Mädchen Spott und Hänseleien seitens der Mitschülerinnen ausgesetzt waren. Dieses allzu behütende Verhalten der Mutter resultiert aus ihrer eigenen frustrierten Daseinshaltung unter dem Motto: "Die Welt ist böse und die Männer sind schlecht." Sie ist überzeugt, dem seelischen Wohlbefinden der Mädchen zu dienen, indem sie deren Kontakt mit der "feindlichen" Umwelt auf ein Minimum beschränkt. Jedes Selbstständigkeitsstreben der Kinder wird mit Strafandrohungen von vornherein unterdrückt. Sobald sie sich etwas von ihr lösen wollen, schlägt ihre sonst so verwöhnende und umsorgende Haltung in eine mißtrauische, gereizte um.

In ihrem Isolationismus macht die Mutter einen weiteren Fehler: Als die jüngere Tochter, unsere Patientin, mit 14 Jahren ein nervöses Augenzucken bekam, nahm sie die Mutter vom Gymnasium, obwohl sie eine gute Schülerin war. Von hier ab kam die Patientin aus dem häuslichen Milieu nicht mehr hinaus. Die ältere Tochter legte noch das Abitur ab und versucht sich nach Vaters Vorbild als freie Graphikerin. Durch Bekanntschaft mit einem jungen Mann kommt es zum Bruch mit der Mutter und sie verläßt das Elternhaus. Um so mehr hängt sich die Mutter an die ihr verbliebene Tochter, in der sie eine Verbündete gegen ihren Mann sieht. Der Vater wird im Familienleben völlig ignoriert. Wie ein sektiererisches Grüppchen sitzen die beiden Frauen im halbverdunkelten Zimmer bei leiser Opernmusik und huldigen der Illusion eines trauten Familienlebens.

Die Patientin kam zu mehrmaliger stationärer Aufnahme wegen Angstattacken. Beim letzten Mal hatte sie außerdem einen Suizidversuch mit Schlaftabletten unternommen. Begleitsymptome der Angst waren Schweißausbrüche und Tachykardie. Viele andere Beschwerden, wie hartnäckiger Bauchschmerz, Rücken- und Kopfschmerzen, können als eine Konversion der Angst auf körperliche Sensationen gedeutet werden. Erste Angstzustände traten im 15. Lebensjahr auf und bewirkten, daß die Mutter sich noch intensiver um die Patientin bemühte und sie unter dem Vorwand der Schonung vollends von der Umwelt isolierte, respektive das Kind nun ganz an sich binden konnte.

Psychiatrischer und testpsychologischer Befund stimmen dahingehend überein, daß es sich um eine neurotische Angst handele, da keine psychotischen Momente zu eruieren sind. Betrachten wir, was zur Entwicklung der Angst hätte beitragen können, so ist vor allem der Mangel an echter Wärme und Liebe zu nennen, die die Mutter infolge ihrer eigenen Neurose nicht zu geben vermochte. Das übertrieben Beschützende und Aufopfernde bereitete den Boden für künftige Gefühle einer ungeheuren Verunsicherung.

Der testpsychologische Befund objektiviert einen weiteren Faktor in der Ätiologie dieser Neurose: Die Beziehungen zur Mutter sind hochgradig konfliktgeladen, ihr gegenüber, aber auch allgemein, besteht eine hochgradige Aggressionshemmung.

Was sie ihrer Mutter entgegenbringt, ist unterdrückte Feindseligkeit, die HORNEY (22) als die Hauptquelle neurotischer Angst ansieht. Indem sie die Auseinandersetzung meidet, gibt sie sich einem Gefühl der Schutzlosigkeit und Verlorenheit preis und projiziert ihre Feindseligkeit auf die Umwelt.

d. Monomanie und Sucht

Monomanien liefern ohne Zweifel mehr Stoff für den kriminologisch Interessierten. DIETRICH (12) beschreibt, in welcher mannigfaltiger Art Perversionen, Suchten und Leidenschaften gesellschaftlichen, sittlichen und moralischen Geboten zuwiderlaufen.

Aus dem Kaleidoskop monomaner Störungen bleiben nur wenige, die sich zum Gegenstand dieses Themas machen lassen, solche Monomanien, die die Betroffenen vor allem mit sozialen und gesellschaftlichen Tabus in Konflikt bringen: Porionomanie, Alkoholsucht und Toxikomanie. Zwar wird diesen dreien ein gewisser Hang zur Delinquenz nicht fehlen - der Poriomane könnte stehlen, der Medikamentensüchtige Rezepte fälschen und der Alkoholiker gewalttätig etwas zerstören - insgesamt je-

doch liegt die Delinquenz nicht unbedingt in der Natur dieser Erkrankungen. Was schwerer wiegt sind die Vernachlässigung von sozialen Verpflichtungen und Aufgaben in der Gesellschaft, die Betroffenen isolieren sich und werden Versager.

Monomaniker sind manisch nur auf einem Sektor, die Befriedigung ihrer Leidenschaft bringt einen hohen Lustgewinn, weshalb FREUD (17) von einer positiven Neurose sprach. Im Gegensatz zum einfachen Trieb, der mit konstantem Lustquantum gedämpft wird, verlangt die Leidenschaft eine Steigerung der Lust und des Genusses. Anders als der Trieb vermittelt Leidenschaft im Bewußtsein ein erhöhtes Selbstgefühl, wie VON GEBSATTEL (19) es nennt, ein "sich selber fühlen". Lustgewinn und gesteigertes Ich-Gefühl sind mit leiblichen Empfindungsvorgängen verknüpft, sie vermitteln ein Gefühl von Gesundsein und Tatkraft.

Was auf der einen Seite zu psychischem Wohlbefinden führt, verstört auf der anderen Seite jedoch gegen Verhaltensnormen und damit auch ständig gegen die Forderungen des Über-Ichs.

Die Persönlichkeitsstruktur der Monomaniker ist uneinheitlich, nach DIETRICH (12) zeichnen sich zahlreiche Monomanien durch eine Mischung anankastischer und hysterischer Komponenten aus, wobei im Verlauf der Krankheit beide wechselnd hervortreten können.

Porio-manie

Monomanien sind Zwangsimpulse, deren Unterdrückung Angst zur Folge hat. Wenn jede Monomanie zumindest in ihren Anfängen als antiphobischer Abwehrmechanismus zu sehen ist, stellt die Claustrophobie den phobischen Gegenpol der Porio-manie dar. Ausreißen, Herumtreiben, "Freiheitsdrang" sind dann die Rationalisierungsmittel der Angst vor Enge, im erweiterten Sinne der Angst vor lästigen Verpflichtungen und zivilisatorischen Zwängen, der Angst, keine Ausweichmöglichkeiten mehr zu haben.

Fall 20, geschieden, Lehrerin, 49 Jahre

Die Patientin gelangt über ein deutsches Konsulat zur Aufnahme, nachdem sie im Ausland vergeblich versucht hatte, als Fremdenführerin zu arbeiten. Nach einigen Monaten bat sie schließlich in völlig verwahrlostem Zustand den Konsul um Hilfe. Sie war in den Süden gereist, angetan durch Illustriertenberichte, die das Leben der Reiseführer in lockenden Farben schilderten. Da sie jedoch das betreffende Land nur vom Hören-Sagen kannte, außerdem die Sprache nicht beherrschte, fand sie keine entsprechende Tätigkeit. Sie bummelte durch die Badeorte der Küste und verlebte schöne Tage, bis ihr Geld verbraucht war. Eines Nachts sei sie auf einer Parkbank eingeschlafen, wobei ihr angeblich die Handtasche mit einigen tausend Mark gestohlen worden sei.

Auch früher schon führte die Patientin zeitweilig ein recht unstetes Leben. Eines Tages unternahm sie plötzlich mit einem Bekannten aus reiner Abenteuerlust eine Spanienreise, worauf sich ihr Mann von ihr trennte und die Scheidung einreichte. Sie jedoch konvertierte zum katholischen Glauben in der Hoffnung, die drohende Scheidung damit abwenden zu können. Ein anderes Mal, als sie es zu Hause nicht mehr aushielt, trieb sie sich tagelang in ihrer Stadt herum und bot sich Reisenden als Fremdenführerin an.

Die Patientin stammt aus soliden, geordneten Verhältnissen, Vater war hoher Beamter bei der Bahn. Sie war die Älteste von drei Schwestern, wurde von ihrer Mutter bevorzugt und den anderen als Vorbild hingestellt. Als Kind sehr egoistisch und dominant, nahm den kleineren Schwestern die Süßigkeiten weg und spannte ihnen später die Freunde aus. In der Schule verhielt sie sich muster-gültig und erbrachte gute Leistungen. Nach dem Abitur entfaltete sie sich vornehmlich in der Atmosphäre von Tennis- und Schwimmclubs, Reitschulen und besserer Gesellschaft. Nach einem Sprachenexamen ein knappes Jahr als Lehrerin tätig. Das "Schulmäßige, Reglementierte, Bürokratische" paßte ihr nicht, sie brauchte "Weite, Luft, Sonne und Wasser" und verpflichtete sich deshalb zum Reichsarbeitsdienst. Gegen Kriegsende heiratete sie einen Beamten, einen depressiven und gefügigen Mann. Aus der Ehe stammen zwei Töchter. Nach vier Jahren einigermaßen erträglichen Ehelebens wurde sie zunehmend eifersüchtig und vermutete bald in allen Bekannten ein Verhältnis ihres Mannes. Um sich über die "Gemeinheit und Ungehörigkeit dieses zügellosen Beamten" hinwegzusetzen, griff sie hin und wieder zum Alkohol und vernachlässigte die Familie mehr und mehr.

Zwischendurch bricht wieder ihr Wandertrieb hervor und sie reist unvermittelt zu Verwandten oder in eine andere Stadt. Der Ehemann sieht sich durch Beruf, Haushalt und Kinder überfordert, die Kinder werden bei der Großmutter untergebracht.

Am Naturell der Patientin scheiterte das Familienleben. Der Forderung, sich anzupassen, Wünsche und Ansprüche zu integrieren, wich sie stets aus. Bis zu ihrer Eheschließung ergaben sich dabei kaum Probleme, sie war frei und auch finanziell weitgehend unabhängig. Trotz unrealistischer Lebenserwartungen und der sehr vagen Vorstellungen über ein Dasein als Hausfrau und Mutter gelang in der Ehe zunächst eine Scheinanpassung. Bald jedoch konnte sie die aus familiärer Verpflichtung sich ergebenden Einschränkungen nicht mehr ertragen. Ein ursächlicher Faktor ihres Fehlverhaltens liegt sicherlich in der Verwöhnung durch die Mutter und deren protektionistischem Verhalten gegenüber den jüngeren Schwestern. So konnte die Patientin nicht in die Rolle der Frau hineinwachsen, mangelndes Interesse an zwischenmenschlichen Beziehungen und fehlende emotionelle Harmonie störten die Integration in die Familie.

Trunksucht

Bei allen in dieser Untersuchung erfaßten Trinkerinnen war der soziale Abstieg in vollem Gange. Gemäß der Stadieneinteilung nach JELLINEK (24) befanden sich alle Patientinnen bereits in der kritischen Phase, der übermäßige Alkoholkonsum war über 10 bis 15 Jahre zurückzuverfolgen. DIETRICH (12) fand, daß bei Trinkerinnen der Oberschicht der soziale Abstieg nach ca. 12,5 Jahren des Mißbrauchs einsetzt.

Die Situation in der Orientierungsfamilie stellt sich uneinheitlich dar. Zerrüttete Familienverhältnisse können nur bedingt als einer der Auslösfaktoren der späteren Sucht angesehen werden. Zwei Patientinnen sprachen von einer schönen, geborgenen Kindheit, eine bezeichnete ihr Elternhaus als die Hölle. Im Eltern-Kind-Verhältnis finden wir sowohl Verwöhnung als auch Versagung, Störungen in der oralen Phase also, die später aber gleiche Resultate zeigen: Das Gefühl, nicht genug zu bekommen und ein Hang zur Unersättlichkeit. Diese Störungen sind aber nicht typisch für die Alkoholsucht.

Genausowenig läßt sich eine spezifische Persönlichkeit heraus-

stellen. Nur gewisse Einstellungen und Verhaltensweisen tauchen wiederholt auf. In jedem Fall jedoch scheint Alkoholismus Ausdruck einer psychischen Fehlentwicklung zu sein. Gerade für die Trinkerrinnen ergibt sich ein besonderer Aspekt: BERNER und SOLMS (4) stellten heraus, daß Alkoholikerinnen besondere Schwierigkeiten mit der Akzeptierung der weiblichen Rolle haben, "mehr noch, als es bis zu einem bestimmten Grad für jede Neurose charakteristisch ist". Sie führen dies auf die mangelnde Identifizierung mit der Mutter zurück. Dem steht die Identifizierung mit dem Vater gegenüber, zu dem die Beziehungen meistens ambivalent sind. Aus dieser Identifizierung erwachsen später Schuldgefühle, die von der unbefriedigenden, aggressionsgeladenen Beziehung zur Mutter noch verstärkt werden. Hiermit erklären BERNER und SOLMS (4) die starken Selbstzerstörungstendenzen bei der trinkenden Frau. Der Versuch, im Leben eine männliche Rolle zu spielen, stört jedoch die sozialen Beziehungen, Konflikte mit männlichen Kollegen am Arbeitsplatz und gestörte sexuelle Beziehungen sind die Folge. Das "Lösen" dieser Probleme in Alkohol markiert den Beginn des sozialen Abstiegs.

Auch soziokulturelle Gegebenheiten sind zu berücksichtigen: Alkoholkranke Frauen stammen häufiger als die Männer aus mittleren Berufsständen; diese Frauen sind durch ihre Doppelrolle verunsichert und durch ein verdecktes Matriarchat belastet (BECKER (2)). Auch auf die Vereinsamung Älterer, alleinstehender Frauen ist hinzuweisen, für die, durch die Altersfeindlichkeit unserer Gesellschaft in die Isolation gedrängt, Alkohol ein Mittel des Trostes sein kann.

Fall 16, Ärztin, ledig, 44 Jahre

Seit einem Jahr arbeitet die Patientin nicht mehr. Ihre Versuche, eine Stelle zu finden, sind ziellos, mehr impulsiv, ohne von echtem Willen getragen zu werden. Sie ist unschlüssig, lebt in den Tag hinein und trinkt. Der Alkoholkonsum begann vor 14 Jahren: Sie arbeitete damals als Ärztin bei einer kirchlichen Wohltätigkeitsvereinigung und hatte gerade ein Jahr Gefängnis abgebußt, zu dem sie wegen Kindsabtreibung verurteilt worden war. Jedoch war sie

schon vorher einmal süchtig gewesen. Gegen Ende ihrer Medizinalassistentenzeit wurde sie Morphinistin, konnte aber durch eine Entziehungskur völlig entwöhnt werden. Nach einer Phase des Trinkens in Gesellschaft, das während einer zweijährigen Tätigkeit als Arzneimittelvertreterin besonders intensiviert wird, beginnt sich die Abhängigkeit vom Alkohol abzuzeichnen. Sie trinkt zunehmend auch allein und bevorzugt hin und wieder schon schärfere Mittel. Trotzdem kommt sie in der Facharztausbildung gut voran. Sie wird Fachärztin für Orthopädie und es gelingt ihr mehrere Jahre, nur nach Dienstschluß zu trinken. Sie arbeitet 7 Jahre an der gleichen Klinik, wird schließlich jedoch entlassen, weil es in letzter Zeit zu häufigen Auseinandersetzungen mit Kollegen gekommen war. Auch an ihrer nächsten Arbeitsstelle, einem Kreiskrankenhaus, kommt es zu Zwistigkeiten, nachdem sie sich mit einem niedergelassenen Kollegen und der Stadtverwaltung überworfen hatte.

Es gelingt ihr auch nicht mehr, während der Dienstzeit Abstinenz zu halten, sodaß ihr Alkoholkonsum dem ganzen Städtchen Gesprächsstoff liefert. Nach der Kündigung vollzieht sie wieder einen Ortswechsel, der hemmungslose Alkoholgenuß jedoch macht eine erneute soziale Anpassung unmöglich.

Die Patientin stammt aus gutem Hause, Vater Versicherungstechniker (Dr.). Zwar sehr verwöhnt, doch von der Mutter etwas vernachlässigt, wurde sie vom Kindermädchen aufgezogen. Als Zehnjährige verliert sie die Mutter, der Vater heiratet das Kindermädchen, gegen das sie starke Antipathien entwickelt. Statt mit Puppen spielt sie lieber mit den Straßenjungen und heckt mit ihnen Streiche aus. Nach unauffälliger Schulzeit macht sie das Abitur und schließt das Medizinstudium in kürzester Zeit ab. Noch während des Studiums hat sie keine Freundinnen, lieber ist sie mit männlichen Kollegen zusammen, diskutiert mit ihnen am Biertisch. Auf die Frage, warum sie nicht geheiratet habe, erklärt sie: "Erstens gibt es schönere Mädchen als mich, zweitens kann ich nicht kochen."

Die Patientin versucht, eine männliche Rolle zu spielen. "Ich kann nicht kochen", soll heißen, "ich will nicht kochen". Mit der Feststellung, daß es schönere Mädchen gäbe, verdrängt sie den urweiblichen Wunsch nach Bewunderung. Sie hat ihr Kind abgetrieben und läßt es gern auf einen Vergleich mit Kollegen ankommen. Bis zur kritischen Phase stand sie im Beruf "ihren Mann", für manche Kollegen wohl etwas zuviel "Mann". Auch in der Wahl des Fachgebietes offenbart sich eine gewisse männliche Tendenz.

Ihr Rollenfehlverhalten bahnt sich bereits in der Kindheit an. Der Bewunderung und Zuneigung für den Vater folgt eine ambi-

valente Einstellung, als dieser das Kindermädchen heiratet, das sie nicht als Mutter, vor allem aber nicht als Frau ihres Vaters akzeptiert. Viele ihrer kindlichen Verhaltensweisen sind darauf angelegt, sich zwischen Vater und Stiefmutter zu drängen. Abgesehen von der Stiefmutter werden solche Versuche auch vom Vater mißbilligt, aber in zurückhaltender Form. Sie gelangt zu der Ansicht, daß ihr Vater völlig unter der Herrschaft des ehemaligen Kindermädchens stehe. In dieser kindlichen Konfliktsituation beginnt sie, sich mehr und mehr mit Jungen abzugeben, Mädchen und Puppen zu verachten. Sie lernt es nicht, eine expressiv-gemüthafte Rolle zu übernehmen, im Fehlen jeglicher mütterlicher Regung hat die Abtreibung ihren Grund, existenzielle Probleme standen nicht an, auch hätte sie der Vater des Kindes wohl geheiratet. Aber für eine weibliche Rolle war sie nicht geschaffen.

2. Psychopathische Versagerinnen

Persönlichkeitsstruktur und Verhaltensweisen der Psychopathen lassen in viel größerem Umfang als bei Neurotikern ein soziales Abgleiten erwarten. Soziales Fehlverhalten wird als ein wesentliches psychopathisches Merkmal betrachtet und findet in manchen Definitionen, vor allem in der SCHNEIDER's (43), ihren Niederschlag: "Psychopathische Persönlichkeiten sind solche Persönlichkeiten, die unter ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet". Dies bedeutet nicht in jedem Falle eine soziale Desintegration; es gibt Psychopathen mit durchaus befriedigender sozialer Anpassung. KENNEDY (25) unterscheidet hinsichtlich des Sozialverhaltens vier Typen: Psychopathen mit ausreichender Anpassung, weniger Angepaßte, sozial Unangepaßte und Antisoziale oder Soziopathen. Aus der zweiten, vor allem aber aus der dritten Gruppe rekrutieren sich die Versager: Parasiten, Haltlose, antriebschwache und unangepaßte Einzelgänger, Arbeitsverweigerer, Prostituierte und Schmarotzer.

Soziale Schwierigkeiten entstehen durch die psychopathische Persönlichkeitsstruktur mit ihrer starren, unangepaßten Ein-

stellung gegenüber der Umwelt. DIETHELM (11) weist auf die mangelnde Persönlichkeitsorganisation hin. Diese kann zu lokker sein und sich äußern in Unreife, Abhängigkeit und Inadäquatheit, Aggression und defekter Kontrolle von Triebhaftigkeit und Verlangen. Eine zu starre Persönlichkeitsorganisation dagegen neigt zu starker Projektion nach außen; Schwierigkeiten werden auf die Umwelt projiziert, sie wird für eigenes Unvermögen verantwortlich gemacht. Diese Züge treten deutlich bei den Rentenpsychopathen, angedeutet bei den psychasthenischen Versagerinnen hervor. Auch EYSENCK (15) sieht in der überdurchschnittlichen Extraversion ein entscheidendes Merkmal der psychopathischen Persönlichkeit und sogar ein Kriterium zur Abgrenzung gegenüber Neurosen.

Auf Grund mancher Verhaltensweisen und Persönlichkeitszüge besteht eine gewisse Konkordanz zwischen Hysterikerinnen und psychopathischen Versagerinnen. Erstere jedoch, das unterscheidet sie grundlegend von letzteren, sind weniger extravertiert, haben eine gewisse Einsicht in ihre Konfliktproblematik und leiden unter ihrem mangelhaften Anpassungsvermögen.

Im Gegensatz zu den Hysterikerinnen leiden die Psychopathinnen jedoch nicht unter ihrer Abnormität. Die körperbezogenleidenden, asthenischen Frauen produzieren mannigfaltige Beschwerden und benutzen ihre Krankheit als Anklage gegen Arzt und Anverwandte. Daß sie diesen nur zur Last fallen, bleibt ihrer Einsicht verschlossen. Wenn einige andere Frauen trotz guter Gesundheit seit Jahren wegen "schwerer Krankheit" nicht mehr arbeiten, dafür in höchst beleidigender Art Versorgungseinrichtungen und Ärzte beschimpfen und diese mit Rentenangelegenheiten traktieren, muß auf ein defektes soziales Gewissen geschlossen werden.

PARIN (34) ist der Ansicht, daß ein Über-Ich zwar existiere, es jedoch vollkommen verleugnet werden könne. Aus der gelungenen Verleugnung der Über-Ich-Forderungen resultiert das asoziale Verhalten. Das Ich regrediert auf die Organisationsstufe der unmittelbaren Triebbefriedigung. Auf eine Versagung reagiert der Psychopath nicht mit Triebangst, sondern mit einem Vernichtungsgefühl, das sich als Selbstaufgabe oder plötzliche Suizidalität offenbart.

Suizidversuche tauchen in den Krankengeschichten der psychopathischen Versagerinnen relativ häufig auf. Ob die beschriebene Triebdynamik letztlich zum Suizid führt, ist wohl nur mit analytischen Mitteln zu eruieren. Bei den psychasthenischen Frauen jedoch scheint sich die gesamte Daseins-situation über längere Zeit auf einen Suizid zuzuspitzen. Wie von RINGEL (39) beschrieben, kommt es in der Phase der Einengung zunächst zu einem Verlust der expansiven Kräfte, es folgen Stagnation und Regression.

a. Psychasthenische Psychopathinnen

In den folgenden Krankengeschichten dominieren Erschöpfungszustände, Leistungsinsuffizienz und das Unvermögen, den Anforderungen der Umwelt gerecht zu werden, insgesamt Symptome, die von jedem hin und wieder erfahren werden, denen aber hier Krankheitswert zukommt, da sie sich durch eine gewisse Permanenz auszeichnen und Wegbereiter einer manifesten Versagenshaltung sind.

Anders als bei den hysterisch strukturierten Persönlichkeiten, für die es kaum große Probleme gab, wird bei den asthenischen Frauen schon der normale Alltag zum Problem. Nicht nur Konfliktsituationen, Überbeanspruchung oder seelische Erschütterung, sondern auch kleine alltägliche Unannehmlichkeiten werden mit Reizbarkeit, Konzentrationsschwäche, übermächtigem Insuffizienzgefühl, sexueller Inappetenz, schneller Ermüdbarkeit oder einem "Nervenzusammenbruch" beantwortet.

SCHNEIDER (43) sieht in asthenischen Persönlichkeiten aus charakterlichen Gründen leicht Versagende, sich seelisch unzulänglich führende Menschen. PETRILOWITSCH (36) wies darauf hin, daß das Leistungsniveau dieser Menschen weit unter ihrem Anspruchsniveau liege. Situationen, denen sie auf Grund ihrer Intelligenz durchaus gewachsen wären, weichen sie aus. Vor den Forderungen der Umwelt schützen sie sich mit "Krankheiten". Diese werden bei jeder Gelegenheit demonstriert, sie werden benutzt als Anklage gegen Mitmenschen und Umwelt.

Unter den Psychasthenikerinnen finden sich vor allem depressiv-selbstunsichere und anankastische Typen. Anankastische

Struktur und psychasthenische Kondition wirken besonders ungünstig zusammen.

Schon JANET (23) beschrieb, daß Anankasten typische Schwierigkeiten in der sozialen Anpassung haben - "perte de la fonction du reel" - sie sind unfähig, soziale Reize spontan zu erleben und darauf spontan zu reagieren. Aus ihrem "Abstand zur Wirklichkeit" resultiert Erschöpfung, mit der JANET (23) die Tendenz zu somatischer und psychischer Asthenie bei Anankasten erklärt. In einer allgemeinen Tendenz zur Hypermnésie sah er wiederum eine der Hauptschwierigkeiten des Psychasthenikers gegenüber einem gegenwartsbezogenen Leben. Diese hindert ihn, Vergangenes zu bewältigen, was sich als "Abschlußunfähigkeit" und Neigung zu Perseveration niederschlägt.

Die psychasthenische Kondition führt erst nach einer gewissen Latenz zu sozialer Desintegration. Schule, Berufsausbildung und die ersten Arbeitsjahre verlaufen noch unauffällig. Dann beginnt die Persönlichkeit zu "schrumpfen", die Einengung der Daseinsmöglichkeiten nimmt immer größere Ausmaße an. Dies könnte als eine Folge der anankastischen Wesensart angesehen werden. Wie SKOOG (41) ausführt, ist die anankastische Persönlichkeit zunächst noch bemüht, eigene Schwächen zu objektivieren und zu reflektieren. Daraus resultieren letztlich aber Einbuße an Spontaneität und Flexibilität. Denken und Wahrnehmen werden eingeengt, der resultierenden Erschöpfung folgt bald die Depersonalisation.

Fall 9, Sekretärin, ledig, 31 Jahre

Die Patientin leidet unter Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, "Druck auf den Augen" und hochgradigem Schwächegefühl. Sie fühlt sich von der Arbeit überfordert, empfindet ihren Verlobten als extreme Belastung. Bisher dreimaliger Klinikaufenthalt sowie ein halbes Jahr in einer Nervenheilanstalt.

Vater war Lehrer, mittlerweile pensioniert. Er war Familienautorität und in vieler Hinsicht ein kleiner Tyrann, oben-drein pedantisch und von nahezu krankhafter Ordnungsliebe. Häufig Eheschwierigkeiten der Eltern, nach jedem Streit resignierte die Mutter und bekam depressive Reaktionen. In

solch traurigen Stimmungszuständen fühlte sich die Tochter der Mutter besonders verbunden.

Bildungsweg: Volksschule, zwei Klassen Gymnasium, zwei Jahre Frauenberufsschule. Anschließend fünf Jahre als Sekretärin tätig, in denen sie mehrere Male wegen besseren Verdienstes die Stelle wechselte. Mit 26 Jahren verlobt sich die Patientin, hat große Abneigung vor jeder körperlichen Annäherung ihres Partners, obwohl sie ihn mag. Nach jedem Zusammensein tagelanger Grübelzwang: Sie wägt Für und Wider ihres Verhältnisses gegeneinander ab. Der erste Geschlechtsverkehr ist eine Katastrophe für sie; religiöse Gewissensbisse lassen sie nicht zur Ruhe kommen, nachts stellen sich krampfartige Weinzustände ein. Schließlich löst sie die Verlobung von sich aus, obwohl der Partner ihr gut gefiel, er aber kein Verständnis für ihre Situation hatte. Auch könne sie ja nie heiraten, da sie für eine Ehe viel zu schwach sei.

Nach dem Scheitern der zwischengeschlechtlichen Beziehungen verschiedene Arbeitsplätze, übt dabei auch weniger qualifizierte Tätigkeiten wie Stenotypistin und Kontoristin aus. Die Arbeitsverhältnisse sind durchweg von kurzer Dauer, Schwäche stellt sich ein, sie geht in Erholung und muß sich anschließend von der Erholung erholen. Seit längerer Zeit hält sie sich nur noch zu Haus auf, schläft viel, geht spazieren. Psychotherapeutische Behandlung wird nach einem halben Jahr erfolglos abgebrochen, die soziale Desintegration beginnt.

In ihren ersten Berufsjahren kennt die Patientin noch Aktivität und Entschlußfähigkeit, ihre Realitätsfunktion ist noch intakt: Z.B. sucht sie sich einen neuen Arbeitsplatz, um mehr Geld zu verdienen. Der erste Kontakt mit einem Mann, der mit 26 Jahren relativ spät erfolgt, schafft eine neue Wirklichkeit, auf die die Patientin nicht spontan zu reagieren vermag. Normalerweise reagieren Frauen jenes Alters in dieser Hinsicht durchaus spontan, zumal es sich auch noch um einen sympathischen Mann handelt. Sie jedoch errichtet mit der Religion eine Barriere zwischen ihrem Verlobten und sich. Dabei offenbart sich ihre anankastische Wesensart: Grübelzwang, ständige Ambivalenz und Perseveration. Nach der Trennung kann sie ihren Verlobten nicht vergessen, ihre Phantasien kreisen noch lange um dieses Verhältnis. Sie ist nicht in der Lage, unter Vergangenes einen Schlußstrich zu ziehen und erschwert sich damit das Leben in der Gegenwart. Das primitive Verharren der Phantasie bei ständig gleichem Inhalt stört Wahrnehmung und Denkfähigkeit und behindert ihr Aktionsvermögen. Beruflicher Abstieg und untätige Stagnation zeigen dies an.

b. Renten-Querulantinnen

Gegenüber den vorwiegend hysterisch strukturierten Rentenneu-rotikern weisen die ebenfalls hysterisch strukturierten Rentenpsychopathen einige Besonderheiten auf: Größere Hartnäckigkeit bei den Durchsetzungsbemühungen, totale Uneinsichtigkeit und starke Anklage gegen die Umwelt, psychasthenische Kondition in allen nicht die Rente betreffenden Dingen. Wenn es um die Durchsetzung ihrer Rentenwünsche geht, entwickeln diese Patientinnen Aktivität und Beharrungsvermögen, die ihnen im sonstigen Leben völlig fehlen. Läuft ihrem Bestreben etwas zuwider, reagieren sie beleidigend und entwickeln eine querulatorische Note. Nichts kann ihre starre Meinung korrigieren, daß die Umwelt - vor allem Behörden und Staat - an ihrem Unglück schuld sei. Ihre Hartnäckigkeit erscheint nun geradezu wie ein Racheakt gegenüber diesen vermeintlichen Schuldnern.

Fall 32, Fernmeldeassistentin, ledig, 45 Jahre

Innerhalb der letzten 12 Jahre wurde über diese Patientin neunmal ein nervenfachärztliches Gutachten erstellt wegen Leistungsversagen. Seit dieser Zeit bestehen mannigfaltige körperliche Beschwerden: Krämpfe, Magen- und Herzschmerzen, Parästhesien an Händen und Füßen, "Kälteschauer" und vieles andere mehr. Ärztliche Untersuchungen bestätigen aber immer wieder besten körperlichen Allgemeinzustand, psychologische Tests bescheinigen ihr gutes Überschau- und Kritikvermögen, eine intellektuelle Minderwertigkeit liegt nicht vor.

Über ihre Orientierungsfamilie zeigt sich die Patientin verschlossen. 1945 Flucht mit den Eltern aus den Ostgebieten. Während des Krieges als Dolmetscherin tätig, aus dieser Zeit uneheliches Kind mit einem Amerikaner, den sie jedoch nicht heiraten wollte, da sie sich für die Ehe nicht gesund genug gefühlt habe. Nach 10-jähriger Tätigkeit bei der Post erfolgte Verbeamtung. Hier beginnt die eigentliche Krankengeschichte, wochenlanges Krankfeiern. Bei Prüfungen regelmäßig "Nervenzusammenbrüche", sodaß der berufliche Aufstieg blockiert ist.

Die Patientin kommt sich schlecht behandelt vor, fühlt sich zurückgesetzt und benachteiligt: "Den rechten Wert meiner Per-

sönlichkeit will niemand anerkennen!" Dabei gibt sie sich theatralisch und auffällig affektiv. Mit manieriertem Lächeln spricht sie von ihrem Idealismus, anderen Menschen helfen zu wollen, dabei wirkt sie süßlich sentimental und infantil.

In Wirklichkeit besteht ein tiefes Ressentiment gegenüber der Umwelt, weil diese ihren hohen Erwartungsvorstellungen nicht entspricht. Sie selbst sei voller Ideale, hilfreich und gut, die anderen oberflächlich, kalt und materialistisch, würden ihre guten Eigenschaften verkennen und sie deshalb ständig herabsetzen. Sie muß leiden und wird somit Märtyrerin für eine gute Sache.

Das Kranksein wird nun neurotisch verarbeitet. Es gibt die Möglichkeit, das Selbstwertgefühl zu steigern, Mittelpunkt zu werden, ein interessanter Fall und sich betreuen zu lassen. Die anderen, die ihr nichts gönnen und auf sie herabsehen, werden durch ihre Krankheit, dadurch, daß sie ihren Dienst nicht verrichten kann, bestraft. Mit dieser Fiktion gelingt ihr die Rechtfertigung ihres Verhaltens und sie entgeht damit den Schwierigkeiten, die sich aus ihrer sozialen Unangepaßtheit ergeben.

c. Haltlose Psychopathinnen

Die Eingliederung solcher Patientinnen in die soziale Gemeinschaft ist durch ihre Unverläßlichkeit, ihre Unstetigkeit in Vorsatz und Tat, durch ständiges Entstehen neuer Bedürfnisse und Verlangen nach Befriedigung derselben stark erschwert. Sie geben zu leicht nach, als daß sie durch konstantes Bemühen ein gestecktes Ziel erreichen könnten. Stattdessen räumen sie alle Hemmungen und Vorsätze beiseite und gewähren ihren Triebansprüchen freie Bahn. Dies tun sie möglichst schnell, denn Zurückhaltung der Es-Forderungen bringt Unruhe, Mißmutigkeit und Aggressivität.

Diese "Haltlosigkeit" wirkt sich in allen Lebensbereichen destruiierend aus. Eine dauerhafte Ehe kann wegen Untreue nicht geführt werden, jede Möglichkeit der sexuellen Ablenkung, jedes Angebot wird ausgenutzt. Entsprechend sind die familiären

Verhältnisse zerrüttet. Auch in beruflicher Hinsicht ist von diesen Menschen wenig zu erwarten; für sie ist momentaner Gelderwerb wichtiger als die Art der Tätigkeit. Entsprechend ist die Arbeitsanamnese charakterisiert durch wechselnde Phasen von Arbeit und Bummellei.

"Polytrop verführbar" (BRÄUTIGAM (8)) sind Haltlose und Willensschwache auch den Gefahren der Süchtigkeit stark ausgesetzt. Ebenso können sie durch Fremdeinfluß als auch durch rein situative Gegebenheiten leicht kriminelle Handlungen begehen.

Fall 14, Serviererin, geschieden, 35 Jahre

Tochter eines verschuldeten Gutsherrn, dessen Vermögen seinem Spieltrieb zum Opfer fiel. Mit 6 Jahren wegen finanzieller Not Unterbringung in einem Kinderheim, nach drei Jahren wieder bei der Mutter, Vater hat sich ins Ausland abgesetzt. Durch Berufstätigkeit der Mutter ist sie früh auf sich selbst gestellt. Die Mutter habe zwar für sie gesorgt, sie in menschlicher Hinsicht aber völlig vernachlässigt.

Achtjährige Volksschulbildung, anschließend ein Jahr Arbeitsdienst und Lehre im Büro. Nach der Flucht aus Ostpreußen arbeitet sie zunächst als Sekretärin, dann als Serviererin.

Bis zum 20. Lebensjahr habe sie keinen Kontakt mit Männern gehabt, überhaupt von sexuellen Dingen nur Undeutliches geahnt. Nach dem ersten Verkehr wird sie gleich schwanger. Ihre Mutter konnte den Mann nicht ausstehen, sie selbst hätte ihn ganz gern geheiratet. Sie gibt diesen Mann auf und heiratet einen perversen Musiker, der sie Liebesspiele und sexuellen Verkehr in allen Variationen lehrt. Zunächst empfindet sie nur Abscheu, muß aber bald feststellen, daß sie ohne tägliche Befriedigung nicht mehr auskommt. Sie schließt Bekanntschaften mit jüngeren Männern, um sie in diese Techniken einzuweißen und danach befriedigt zu werden. Auf Grund permanenter Untreue läßt sich der Ehemann scheiden.

Die Patientin geht nach Westdeutschland, ohne sich um ihr Kind zu kümmern, das sie bei ihrer Mutter zurückläßt. Sie sucht sich Stellen als Serviererin in Seebädern, weil sich dort die "besten Gelegenheiten" ergeben. Die Männerbekschaften arrangiert sie durch gewisse Tricks beim Servieren, sie wählte nur jüngere Männer, die "Ausstrahlung" hatten (fesch waren, Uniform trugen). Es kommt auch zu kleineren Gelegenheitsdelikten, z. B. stiehlt sie ihrer Schwester einen Fotoapparat, um einen Liebhaber damit zu beschenken, ein andermal unterschlägt sie Geld am Arbeitsplatz. Im Winter geht es ihr in jeder Hinsicht schlecht, sie findet keinen passenden

Arbeitsplatz, wohnt bei ihrer Schwester, mit der es laufend Streit gibt, streunt Tag und Nacht in der Stadt umher, onaniert auf öffentlichen Toiletten, wenn sie keinen Mann findet und trinkt sich durch zweideutige Lokale.

Die Patientin ist eine unstete Person, eine Saisonarbeiterin, die gern Ort und Stellung wechselt. Während der Kindheit mangelte es an Identifikationsmöglichkeiten, sodaß ihr Ich-Ideal auf schwachen Füßen steht. Besonders ungünstig wirkte sich der Mangel an Liebe und Zuwendung aus, der wohl als Ursache für ihr monomanes Verhalten anzusehen ist. Es ist nicht der Geschlechtstrieb, der immer wieder nach Befriedigung verlangt, sondern "Angst vor Alleinsein, Enttäuschung und Unzufriedenheit im Elternhaus oder in der Ehe, der Wunsch nach Selbstbestätigung und Bestätigtwerden" (DIETRICH (12)) sind die Triebkräfte ihrer Liebesleidenschaft.

Neben der Nymphomanie ist an der sozialen Desintegration bei der Patientin aber auch eine nicht zu übersehende psychopathische Komponente im Spiel, erkenntlich an einem Mangel an affektiven Qualitäten. So liebt sie ihr Kind "wahnsinnig", ohne jedoch Verantwortung tragen zu wollen, ja ohne sich um das Kind überhaupt zu kümmern. Bei fast jedem Mann sagt sie: "Oh, den lieb ich", ohne zu einem Partner eine echte, gefühlsintensive Bindung herstellen zu können. Als dies beinahe einmal der Fall war, war ihre Mutter dagegen und sie selbst zu willenlos, um sich zu widersetzen.

Ihre Haltlosigkeit offenbart sich auch an den kleinen Gelegenheitsdiebstählen, wenn sich entsprechende Situationen unmittelbar anbieten.

E. DISKUSSION

1. Der Einfluß des sozialen Milieus

Der hohe Anteil von Patientinnen aus sogenannten besseren Verhältnissen läßt eine Beziehung zwischen sozialem Stand und psychischer Erkrankung vermuten. Eine umfangreiche Statistik von REDLICH c. s. (38) untermauert die Wechselwirkung dieser beiden Faktoren. Er fand, daß in den höheren Schichten neuro-

tische Fehlhaltungen häufiger vorkommen als in den niederen. Auch in der älteren Psychiatrie vermutete man bestimmte Psychopathen-Typen vornehmlich in der Oberschicht. So berichtet MOERCHLEN (32) über Töchter aus besserem Hause, die als "lasterhafte Backfische" mit Intrigen und Querelen Verwirrung und Mißstimmung in den höheren Ständen stifteten. Sie werden als degenerierte Psychopathinnen bezeichnet und Parallelen zum heutigen Playgirl lassen sich leicht ziehen: Junge Frauen mit hysterischer Charakterstruktur, ehrgeizig, geldgierig und konsumversessen.

BONDY (7) analysiert die Ursachen der Neurosen in ihrer Beziehung zum Gesellschaftsgefüge und weist auf Faktoren hin, die als neurosefördernd zu werten sind: Kein verbindliches Wertsystem, freieres Ausleben der Bedürfnisse gegen die Vorbehalte des Über-Ichs, schnelles Anpassen an neue Notwendigkeiten und Unverbindlichkeit der Verhaltensvorschriften, um nur einige zu nennen. Stellen wir diese Mechanismen REDLICH's (38) Zahlen gegenüber, bietet sich ein soziologischer Schluß an: In höheren Schichten bleibt der Persönlichkeit mehr Spielraum, die Skala der Entscheidungsmöglichkeiten ist breiter, damit jedoch wächst auch das Maß der Verunsicherung. Die neurosefördernden Faktoren treffen also mehr die höheren Schichten, die Neurosehäufigkeit findet damit eine Erklärung. Diese kann auch auf die neurotischen Patientinnen dieser Untersuchung übertragen werden. Die Frauen mit neurotischer Fehlhaltung entstammen alle der Oberschicht und versanken auf Grund ihres abnormen Verhaltens in der Frauenrolle.

Auch für den großen Teil psychasthenischer Frauen ist die Situation ähnlich, obwohl hier die soziale Schichtung breiter war. Sie sind von den Anforderungen des Alltags hoffnungslos überlastet. In einer von vornherein schon mehr oder weniger belastenden Daseinsform fehlt es ihnen an Anpassungsvermögen, Leistungsfähigkeit und Ausdauer, "Versuchungs-Versagungs-Situationen" (SCHULTZ-LENCKE (45)) werden für sie zum unlösbaren Problem. Sie leiden besonders darunter, daß Angehörigen "besserer Verhältnisse" höhere Erwartungen entgegengebracht werden.

Schon in der Schule sind sie auf Grund ihrer Herkunft, des Milieus und der Bildung der Eltern einem stärkeren Leistungsdruck ausgesetzt, man erwartet mehr von ihnen als von den Kindern der unteren Schichten. Können sie diesen hohen Erwartungsvorstellungen nicht entsprechen, beginnt sich das Los als "schwarzes Schaf" schon abzuzeichnen. Einige der psychasthenischen Frauen zeigten schon im Kindesalter Ansätze für die spätere Versagenshaltung; neben Erziehungsschwierigkeiten waren sie in der Schule unangepaßt und brachten schlechte Leistungen. Ein großer Teil der Eltern entledigte sich des Problems durch Anstellung eines Privatlehrers oder Einweisung in ein Internat. Hierdurch und mit der späteren Heirat blieb zwar der Sozialstatus gewahrt, das Versagen vollzog sich in der Familie. Bei ledigen Frauen wurde durch beruflichen Verfall der soziale Abstieg offenkundig.

Auf einen Umstand, der für zwei Patientinnen zutrifft, muß noch gesondert hingewiesen werden; Es handelt sich um die soziale Entwurzelung durch ein die Existenz erschütterndes Trauma, wie Vertreibung und Flucht aus den ehemaligen Ostgebieten, mit plötzlichem totalen Verlust der wichtigsten Existenzgrundlagen. PFISTER-AMMENDE (37) nennt derart Traumatisierte "exogen Entwurzelbare", liebesfähige, weltoffene Menschen, die trotz ihrer großen Liebesfähigkeit Nehmende sind, nicht zur Elternhaltung des Gebens herangereifte Persönlichkeiten. Diese beiden Frauen wären kaum zu Versagerinnen geworden, hätten sich ihre Lebensumstände nicht so abrupt geändert. Für einen Daseinskampf nach einem derartigen Trauma waren sie auf Grund ihrer Erziehung und ihrer Erwartung dem Leben gegenüber nicht gewachsen.

2. Orientierungsfamilie und Aufzucht

Nur vier Patientinnen berichteten über ein intaktes Elternhaus und über harmonische Familienverhältnisse während ihrer Kindheit. Alle übrigen Frauen wuchsen in einer Atmosphäre auf, die durch defekte Familienorganisation und gestörte Interaktion ihrer Mitglieder charakterisiert war.

Unter den broken-home Fällen fanden sich Tod eines Elternteils, lange Trennung von den Eltern wie z. B. Aufwachsen in Heimen oder bei Großeltern und uneheliche Geburt. Derartig defekte Familienorganisationen wurden sowohl bei neurotischen als auch psychopathischen Frauen gesehen. Sie scheinen lediglich einer der determinierenden Faktoren für späteres abnormes Verhalten überhaupt zu sein. Der Anteil an broken-home Patientinnen, die an einer Neurose litten, wurde von ERNST und ERNST (14) mit 25 % ermittelt, bei Männern fanden ROTACH und HICKLIN (40) den gleichen Prozentsatz.

FITZGERALD (16) nennt noch andere Aufzucht Faktoren, die zu einer ungünstigen Persönlichkeitsentwicklung beitragen: Feindschaft der Eltern, Eltern mit mangelndem Interesse am Kind, lange Krankheit des Kindes und chronisch kranke Eltern. Diese Störungen finden beim Kind ihren Niederschlag in einem verstärkten Verlangen nach Liebe und Zuneigung - love craving trägt nach FITZGERALD (16) entscheidend zur Entwicklung hysterischer Charakterzüge bei.

Daß auch lange Krankheit eines Elternteils ein Trauma in der Entwicklung darstellen kann, zeigen zwei Patientinnen, die als Mädchen ihre bettlägerigen Mütter zu pflegen hatten. Die Motivation ihrer späteren Ehe basierte ausschließlich auf Versorgungswünschen und dem Verlangen nach Geborgenheit, dabei erwies sich aber ihre extreme Passivität als Ehehindernis. Es besteht der Eindruck, als suchten sie in der Ehe Ersatz für die in der Kindheit nicht genossene Mütterlichkeit.

Versagerinnen scheitern im Leben an ihrer Unsicherheit in der Geschlechtsrolle und der mangelnden Vertrautheit mit der Frauenrolle. LIDZ (26) beschreibt zwei Möglichkeiten des Entstehens dieser Störungen und auch bei den Versagerinnen dieser Untersuchung sind sie immer wieder zu finden. Einmal handelt es sich um eine mangelnde Identifizierung mit der Mutter, statt dessen besteht eine solche mit dem Vater. Das Mädchen versucht, gerade nicht so zu sein wie die Mutter, sie lehnt das Vorbild der mütterlichen Weiblichkeit ab. In dieser ödipalen Fixierung gerät ihre eigene Weiblichkeit zu einem Zerrbild,

ihr Wesen als Frau wird unharmonisch.

Der andere Weg führt zwar über eine Identifizierung mit der Mutter, wird jedoch durch eine negative Vaterfigur belastet. Hier leiden die Mütter unter einem groben, tyrannischen Ehemann. Vom heranwachsenden Mädchen wird die Frauen- und Mutterrolle mit Furcht besetzt, aus der sich im späteren Leben eine Ablehnung dieser Rollen entwickeln kann.

Weitere Schwierigkeiten in der Rollenanpassung ergeben sich aus der oralen Fixierung. MARMOR (29) sieht in ihr die Basis für eine hysterische Charakterbildung. In vielen Krankengeschichten dieser Untersuchung finden sich Angaben über Verwöhnung während der Kindheit. Hier hat sich ein Elternteil zur Befriedigung seiner emotionellen Bedürfnisse statt an den Ehepartner an das Kind gewandt. Für dieses wird es dadurch schwer, ödipal-erotische Tendenzen aufzulösen. Damit ist das von PARSON (35) für die Aufzucht als so notwendig erachtete Gleichgewicht zwischen zärtlich-erotischen Bindungen und destrukturierenden inzestuösen Impulsen gestört. Diese in der oral-ödipalen Fixierung bestehenden inzestuösen Impulse führen in der Familie und bei dem Kind zu Rollenkonflikten. Das Kind übernimmt die unbesetzte Rolle, die der sich versagende Elternteil hätte einnehmen müssen. Daraus ergeben sich für ein Mädchen Konflikte in der Geschlechtsrolle.

FREUD (17) wies daraufhin, daß bei Mädchen die Lösung des Ödipuskomplexes für das spätere Verhältnis gegenüber dem Mann von entscheidender Bedeutung sei. Konnte die Fixierung an den Vater nicht aufgegeben werden, wird der Ehemann nach dem Vaterstypus gewählt, dem gegenüber Residuen der Tochterrolle beibehalten werden.

Werfen wir einen Blick auf die Elternkonstellation der Versagerinnen, hatten hysterische und süchtige Frauen in der Regel einen weichen, nachsichtigen, schwachen Vater, der sich einer etwas vermännlichten Mutter untergeordnet hatte. Bei den psychopathischen Patientinnen überwog der rohe, tyrannische Vaterstypus. Im ersten Fall wird die elterliche Koalition durch die sich mit dem Vater identifizierende Tochter noch mehr gestört,

im zweiten Fall die Vaterfigur mit Haß und Feindschaft besetzt. Dies ist die Situation, aus der dem Psychopathen die Möglichkeit der Über-Ich-Verdrängung erwächst. PARIN (34) sagt darüber: "Der Psychopath hat den Vatermord statt des Vaters introjiziert."

Dort, wo die Koalition der Eltern durch Feindschaft, Mißachtung, Provokation oder unverhüllte Aggression gebrochen ist, wird das Beispiel einer elterlichen Koalition vom Kind als eine negative Grunderfahrung introjiziert, die sich später als Hindernis erweist, selbst eine solche Koalition einzugehen.

3. Versagerin und soziale Interaktion

a. Versagen in Liebe und Ehe

Die große Zahl der ledigen und geschiedenen Frauen läßt erkennen, daß Versagerinnen in der Beziehung zum Manne Schwierigkeiten haben. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Persönlichkeiten ergeben sich dabei verschiedene Aspekte. Hysterische Frauen sind in ihrer "Flatterhaftigkeit" nicht fähig, gefühlsintensive, zwischengeschlechtliche Beziehungen zu unterhalten. EASSER und LESSER (13) wiesen auf den Konflikt der hysterischen Frau hin: Einerseits kreist die narzisstische Phantasie um ihren unwiderstehlich anziehenden Körper, der jedem neuen Mann "dargeboten" wird, andererseits dominiert im Unterbewußtsein der Wunsch, eine echte Frau zu sein und durch die Bindung an einen Mann Sicherheit zu erlangen. Diese beiden Motivationen laufen jedoch diametral und bilden eine völlig unzureichende Grundlage für ein dauerhaftes Eheleben.

Die psychasthenischen Frauen klagten darüber, für eine Ehe zu schwach zu sein, deshalb nie geheiratet zu haben, auch nie richtig verliebt gewesen zu sein. Wenn sie sich der Ehe nicht gewachsen fühlen, so weniger aus körperlicher Schwäche als vielmehr aus Furcht vor dem Dasein als Ehefrau. Kinder hätten sie alle gern gehabt, einen Ehemann jedoch weniger gern. Es sind die Patientinnen, die ein grober Vater das Fürchten gelehrt hat, später einmal die Rolle der Ehefrau zu übernehmen,

sie haben Angst, daß sich das Schicksal ihrer Mutter an ihnen wiederholen könnte.

Die Ehen der Versagerinnen waren schwer gestört. Die Frauen zeigten sich unfähig, eine Atmosphäre der Geborgenheit im häuslichen Milieu aufrechtzuerhalten, Ehemann und Kinder wurden z. T. extrem vernachlässigt. Frigidität, Flucht in Krankheit und Gleichgültigkeit erzeugten für die heranwachsenden Kinder das denkbar ungünstigste Milieu. Auch wenn der Ehemann eine aufopfernde, unterstützende Haltung einnahm, konnte die Destruktion der Familie lediglich für eine gewisse Zeit nach außen hin kaschiert werden. Wie von DICKS (10) beschrieben, ist die Regression zu infantilen Verhaltensweisen bei einigen verheirateten Frauen auf eine neurotische Partnerwahl zurückzuführen, in der der Ehemann die Rolle des frustrierenden Elternteils spielt.

b. Versagen im Beruf

Die berufstätigen Frauen, in der Überzahl ledig, zeigten Anpassungsschwierigkeiten am Arbeitsplatz, die hysterischen Patientinnen zeichneten sich aus durch Unstetigkeit, häufigen Wechsel, überhöhte Ansprüche und Unverträglichkeit. Die asthenischen Frauen suchten durch Zurschaustellung von Leiden und Schwäche einen Sonderstatus am Arbeitsplatz zu erlangen, um mehr Schonung und Nachsicht zu erreichen.

Die erste Kündigung wurde dann bereits Wegbereiter für den sozialen Abstieg, weitere Kündigungen waren unvermeidbar. So sehen wir Frauen aus den oberen sozialen Schichten zunächst in Berufen mit hohem oder mittlerem Sozialprestige durch mangelnde Anpassung am Arbeitsplatz in weniger qualifizierte Berufe absteigen. Einige Frauen mit Hochschulausbildung fielen bereits während des Studiums durch Unstetigkeit und Planlosigkeit auf, günstige soziale Umstände verhalfen ihnen dennoch zu einem Abschluß. Im Berufsleben jedoch konnten die destruirenden Eigenschaften von keiner Seite kompensiert werden.

4. Folgen des sozialen Fehlverhaltens der Versagerpersönlichkeit

Der Krankenstand der Patientinnen umfaßt ein buntes Bild von Beschwerden, die bei näherer Prüfung kaum einem organischen Leiden zuzuordnen sind. Wird jedoch die Lebensgeschichte in Relation gesetzt, kann der Zusammenhang zwischen Symptom und Konflikt deutlich erkannt werden: Krankheit als Gewinn in zweifacher Hinsicht. FREUD (18) wies darauf hin, daß die "Flucht in die Krankheit" die harmloseste und erträglichste Lösung darstelle, "sie erspart dem Ich unzweifelhaft eine große und peinlich empfundene innere Arbeit". Diesem inneren (=primären) Krankheitsgewinn muß ein äußerer (=sekundärer) zugeschlagen werden. Indem das Kranksein nun wiederum neurotisch verarbeitet wird, bietet sich die Möglichkeit, einen sozialen Sonderstatus einzunehmen, den des "Kranken", der Rücksicht, Hilfe und Anerkennung erwarten kann.

Soziokulturelle Faktoren runden das Bild ab. Die ständig zunehmende Isolation des Einzelnen schlug sich in der Entäußerung neurotischer Symptome nieder. VON BAYER (1) sah als einer der ersten diesen Wandel vom "Darbietungsmäßigen zum Intimen" und erklärte hiermit die steigende Tendenz zu organoneurotischen und psychosomatischen Symptombildungen. Der sekundäre Krankheitsgewinn kann zugleich auch Gewinn von Rente sein, die allgemeingültige Anerkennung der somatischen Ätiologie von Symptomen suggeriert, an einer echten körperlichen Krankheit zu leiden und lenkt völlig von den psychosozialen Hintergründen ab. Das Streben nach sekundärem Krankheitsgewinn, auch nach Rente, wird somit in gewisser Weise öffentlich sanktioniert, denn: "Das Ich kann nur solange verdrängen, überhaupt konfliktträchtige Inhalte abwehren, als das allgemeine Bewußtsein einer Gesellschaft diese Selbstverteidigung deckt" (MITSCHERLICH (31)). Mit Recht kann also der Neurotiker auf seine Symptome verweisen und sich als organisch Kranker behandeln lassen, um dann, bei der - zu erwartenden - Ineffektivität der Therapie einen Versorgungsanspruch geltend zu machen.

So werden über diese Patienten mannigfache ärztliche Gutachten erstellt, die zwar in der Regel einen guten gesundheitlichen Allgemeinzustand dokumentieren, Symptome und Beschwerden jedoch nicht beseitigen, sie sogar noch verstärken, indem sich die Betroffenen nun für einen interessanten Fall halten können. Die Fixierung auf die Krankheit wird intensiviert, der Wunsch nach Rente wird zum Bestandteil der Persönlichkeit.

Hinter dem Rentenbegehren steht, wie PETRILOWITSCH (36) es ausdrückt, ein Verbrämen des Leistungsversagens im paranoisch-querulatorischen Rasonieren. Während HOFF und SOLMS (21) Rentenneurotiker als Persönlichkeiten bezeichnen, die erst nach einem Trauma an einer manifesten Neurose erkranken, vorher jedoch schon neurotische Züge zeigten, konnte bei den Rentenneurotikerinnen dieser Untersuchung kein Trauma festgestellt werden. Als Auslösemechanismus des Rentenbegehrens muß hier wohl die intensivierte medizinische Diagnostik angesehen werden. Ein kurzer, nur zu diagnostischen Zwecken dienender stationärer Aufenthalt bestärkte die Patientinnen in ihrem Glauben, an einer chronischen Krankheit zu leiden und dafür mit einer Rente entschädigt werden zu müssen. Aus dem Kampf um die Rente wird sehr schnell der Kampf um das vermeintliche Recht generell, durch die skeptische Haltung der Mitwelt wird die paranoide Persönlichkeitskomponente noch verstärkt. So zeigen die Rentenjäger durchaus querulatorische Tendenzen. MEYER (30) beschreibt sehr eingehend das Sozialverhalten der Querulanten, Eigenschaften wie außerordentlich kränkbar, schlechte Verlierer, rechthaberisches Wesen, ehrgeizig und humorlos und fehlende situative Anpassungsfähigkeit kennzeichnen mehr die Rentenpsychopathen, die Rentenneurotikerinnen zeigten sich in ihrer querulanz zurückhaltender und subtiler.

Neben der Flucht in die Krankheit und dem Rentenbegehren öffnet sich in der Zuflucht zur Droge ein dritter Weg des sozialen Verfalls. Bei den süchtigen Frauen trat die Unsicherheit in der Geschlechtsrolle besonders deutlich hervor, wobei die Alkoholikerinnen am stärksten sich mit männlichen Rollen identifizierten. Über die Versagerpersönlichkeit läßt sich schwer ein einheit-

liches Bild entwerfen. Unterschiedliche Abnormitäten haben nur das gemeinsame Endergebnis des sozialen Verfalls. Am stärksten vertreten sind hysterische Charakterzüge, einmal bei den hysterischen Neurosen, zum anderen auch bei haltlosen Psychopathinnen. Die hysterische Struktur gerät mit ihren charakteristischen Verhaltensweisen in permanenten Konflikt mit sozialen Gegebenheiten, sodaß für sie wenig Platz im sozialen Miteinander verbleibt.

Demgegenüber vermag die asthenische Konstitution den Anforderungen der Umwelt nicht gerecht zu werden, ihr Leistungsvermögen ist von vornherein sehr beschränkt.

F. ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Arbeit wurden 46 nicht psychotische Frauen untersucht, die im Leben versagt hatten. Der überwiegende Teil stammte aus guten sozialen Verhältnissen und konnte die auf Grund ihrer Herkunft an sie gestellten Forderungen und Erwartungen nicht erfüllen. Ungünstige Erziehungs- und Entwicklungseinflüsse wie broken-home, Verwöhnung, oral-ödische Fixierung trugen zu einer Persönlichkeitsentwicklung bei, die eine volle soziale Integration verhinderte. Hierbei erschwerte besonders die hysterische Struktur von Neurotikerinnen und haltlosen Psychopathinnen die gesellschaftliche Einordnung. Auf Grund ihrer charakteristischen Verhaltensweisen gelang es diesen Frauen nicht, einen festen von der Umwelt akzeptierten Platz im Sozialgefüge einzunehmen. Daneben zeigten auch asthenisch-psychopathische Patientinnen mangelnde Anpassung in Form einer allgemeinen Leistungsinsuffizienz, die sich über nahezu alle Lebensbereiche erstreckte. Das Versagen vollzog sich im Einklang mit mangelnder Rollenvertrautheit, äußerte sich im häuslichen Bereich und führte zu zerrütteten Familienverhältnissen. Bei ledigen Frauen war ein deutlicher beruflicher Abstieg zu verfolgen. Über Flucht in die Krankheit, Rentenkampf und Zuflucht zur Droge nahm der soziale Verfall seinen weiteren Verlauf und führte zur Auflösung aller wichtigen Lebensbezüge.

C. LITERATURÜBERSICHT

1. v. Bayer, W. Zur Statistik und Form der
abnormen Erlebnisreaktion
in der Gegenwart
Nervenarzt 19, 402, 1948
2. Becker, W. Frauenalkoholismus
Therapie d. Gegenwart
110, 400, 1971
3. Bergler, R. Psychologie stereotyper Systeme
Bern: Hüber 1966
4. Berner, W.,
P. Solms Alkoholismus bei Frauen
Wien. Zschr. Nervenhk.
6, 275, 1953
5. Birnbaum, K. Soziologie der Neurosen
Archiv f. Psychiatr.
Berlin: Springer 1933
6. Bochnik, H. J. Faktoren nichtpsychotischer
Erschöpfungs- und Versagenszu-
stände, in: Psychologie der ab-
normen Persönlichkeiten, hrsg.:
N. Petrilowitsch
Darmstadt: Wissenschaftl. Buch-
ges. 1968
7. Bondy, C. Beziehungen zwischen Gesell-
schaftsgefüge und Neurose
Psyche 9, 81, 1955
8. Bräutigam, W. Reaktionen, Neurosen, Psychopa-
thien
Stuttgart: Thieme 1969
9. Cleckley, H. M. Psychopathic states, in:
S. Arieti (Ed.):
American Handbook of Psychiatry
New York: Basic Book 1959
10. Dicks, H. V. Marital Tensions
London: Routledge and Kegan Paul
1967
11. Diethelm, C. A clinical consideration of psycho-
pathic personalities
J. Ment. Sc. 105, 101, 1960
12. Dietrich, H. Manie, Monomanie, Soziopathie
und Verbrechen
Stuttgart: Enke 1963

13. Easser, B. R.
S. F. Lesser
Hysterical personality: A Re-
evaluation
Psychoanalyt. Quart.
34, 390, 1965
14. Ernst, L. u. C.
Familie, Pubertät und Genera-
tionsvorgänge in der Anamnese
neurotischer Klinikpatientinnen
Arch. Psychiatr. Nervenkr.
212, 357, 1969
15. Eysenck, H. J.
Das Maudsley Personality In-
ventory
Göttingen: Hofgrefe 1959
16. Fitzgerald, O. W. S.
Love Deprivation and the Hyste-
rical Personality
J. Ment. Sc. 94, 702, 1948
17. Freud, S.
Vorlesungen zur Einführung in
die Psychoanalyse und neue Folge
Frankfurt: Fischer 1969
18. Freud, S.
Hysterie und Angst
Frankfurt: Fischer 1969
19. v. Gebssattel, V. E.
Die anankastische Fehlhaltung,
in: Handbuch der Neurosenlehre,
Bd. II, S. 125
München/Berlin: Urban und Schwar-
zenberg 1957
20. Hartley, E. L.
und R. F.
Die Grundlagen der Sozialpsycho-
logie
Berlin 1955
21. Hoff, H.,
W. Solms
Begutachtung neurologischer Unfall-
folgen
Wien. Med. Wschr. 64, 396, 1952
22. Horney, K.
Der neurotische Mensch unserer
Zeit
München: Kindler 1951
23. Janet, P.
Les obsessions et la psychasthénie
I-II.
Paris, 2. éd. 1908
24. Jellinek, E.
Phases in the Drinking History
of Alcoholics
Quart. J. Stud. Alcohol
7, 1, 1946

25. Kennedy, A. Psychopathic Personality and Social Responsibility
J. Ment. Sc. 100, 873, 1954
26. Lidz, Th. Familie und psychosoziale Entwicklung
Frankfurt: Fischer 1971
27. Leonhard, K. Individualtherapie der Neurosen
Jena: Fischer 1963
28. Linton, R. The Cultural Background of Personality
London: Routledge and Kegan Paul 1947
29. Marmor, J. Orality in the Hysterical Personality
J. Am. Psychoanalyt. Ass. 1, 656, 1954
30. Meyer, J.E. Das Sozialverhalten des Querulanten
Monatsschrift Kriminologie und Strafrechtsreform
46, 250, 1963
31. Mitscherlich, A. Krankheit als Konflikt
Frankfurt: Suhrkamp 1967
32. Moerchen, F. Die soziale Gemeingefährlichkeit degenerierter Psychopathinnen höherer Stände
Dtsch. Med. Wschr. 39, 1926
33. Newcomb, T. H. Sozialpsychologie
Meisenheim a. Glan 1959
34. Parin, P. Die Abwehrmechanismen des Psychopathen
Psyche 15, 322, 1961
35. Parson, T. The Incest Taboo in Relation to Social Structure and the Socialization of the Child
Brit. J. Sociol. V, 101, 1954
36. Petrilowitsch, N. Abnorme Persönlichkeiten
Basel/New York: Karger 1966

37. Pfister-Ammende, M. Zur Psychopathologie der Entwurzelung
Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 8
Basel: Schwabe & Co., 1952
38. Redlich, F. C., Social Structure and Psychiatric Disorders
A. Hollingshead, Am. J. Psychiatr. 109, 729, 1953
B. Roberts,
H. Robinson,
L. Z. Freedman,
J. K. Myers
39. Ringel, E. Der Selbstmord
Wien/Düsseldorf: Maudricj 1953
40. Rotach, S., Mitteilungen über broken-home-Untersuchungen bei Stellungspflichtigen
A. Hicklin Vjschr. Schweiz. Sanit-Off. 42, 125, 1965
41. Skoog, G. The Anancastic Individual in Psychology Research
In: Psychologie und Psychiatrie, hrsg.: E. Grünthal
Basel: Karger 1964
42. Schelsky, H. Wandlungen der deutschen Familie in der Gegenwart
Stuttgart: 1955
43. Schneider, K. Die psychopathischen Persönlichkeiten
Wien: Deutiker 1950
44. Schultz-Hencke, H. Lehrbuch der analytischen Psychotherapie
Stuttgart: Thieme 1951
45. Schultz-Hencke, H. Der gehemmte Mensch
Stuttgart: Thieme 1947

Mein besonderer Dank für die Überlassung
des Themas und für die wertvollen Rat-
schläge gilt Herrn Prof. Dr. H. Dietrich.

Lebenslauf

Am 4. Oktober 1942 wurde ich in Dessau geboren. Von 1949 bis 1957 besuchte ich die Grundschule, bis 1961 die Oberschule in Dessau, die ich mit dem Abitur abschloß. Danach absolvierte ich einen Kursus an einem Westberliner Gymnasium und erhielt im September 1962 die Anerkennung meines in der DDR abgelegten Abiturs.

Zum Wintersemester 1962/1963 begann ich mit dem Medizinstudium an der Freien Universität Berlin, das ich nach 2 Semestern an der Ludwig-Maximilian-Universität in München fortsetzte; dort legte ich im Dezember 1969 das Medizinische Staatsexamen ab.

Nach der Medizinalassistentenzeit in München, Leichlingen, Hattingen und Bremerhaven begann ich im Mai 1971 die chirurgische Facharztausbildung am Städtischen Krankenhaus Bremerhaven, die ich vom 1. 11. 1971 bis 31. 1. 1973 wegen Ableistung meines Wehrdienstes unterbrechen mußte.

